

JUN 20 1944

# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

*Director:* DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

*Secretário:* ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

*Assinatura:* por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00

OL. XLVI

Dezembro de 1943

N. 6

## Sumário:

	PÁGE.
Colites e pseudo-colites — DR. RAUL RIBEIRO DA SILVA.....	449
Ensaio da termogenioterapia nos canceros de Ducrey — DR. JOSÉ REGO VIEIRA.....	459
Produção Médica de São Paulo.....	479
Associação Paulista de Medicina..	479
Sociedade Médica São Lucas.....	499
Liga de Combate à Sífilis.....	500
Soc. de Medicina Aplicada à Edu- cação Física.....	503
Outras Sociedades.....	504
Literatura Médica.....	505
Imprensa Médica de São Paulo.....	506
Vida Médica de São Paulo.....	510
Assuntos de atualidade.....	515
Indice do vol. XLVI.....	523

Na gripe,  
na pneumonia

**DAQUINOL**

Caixas de 5 empolas

E' um produto  
**PROQUIBIO**

Pronto alivio  
com

um produto

**PROQUIBIO**

no  
reumatismo  
e  
dores articulares

**HEXAMYO  
SALICILADO**



**PROQUIBIO**

**PRODUTOS QUIMICOS BIOLOGICOS LTDA.**







# Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$50,00 — Numero avulso. . . Cr \$5,00

Vol. XLVI

Dezembro de 1943

N. 6

## Colites e pseudo-colites \*

*Dr. Raul Ribeiro da Silva*

*Do Serviço de Gastroenterologia da Santa Casa de São Paulo*

A idéia das colites tem tido aceitação exagerada em todos os tempos. E' certo que em passado próximo houve mais excesso nisso do que hoje; porém, mesmo na hora atual, observa-se insegurança, quiçá exagero ainda, acêrca do verdadeiro conceito das colites. Progredimos nesse ponto porque, pelo menos, ficou para traz o tempo em que colite era mania de leigos e de médicos. O termo fez época; era assunto de desocupados e mesmo das boas rodas, embora, convenhamos, nada tenha de elegante; mas, foi moda e, como tal, teve o ridículo e o extravagante. A própria literatura profana já tratou disso. Haja à vista a passagem pitoresca de Axel Munthe, falando do tempo em que a colite empolgava a clientela fina de Paris, depois que os médicos *yankees*, divulgando o recurso do bisturi, puzeram termo ao vício da apendicite...

Emfim, em toda parte, os "colíticos" foram legiões, cada paciente defendendo com incrível ardor a realidade da sua doença... Gallart Monés e seu filho e colaborador contam o caso de uma cliente, portadora de ulcus, típico do estômago com melenas, a qual se rebelou contra tal diagnóstico, aceitando porém, o de colite, proferido por outro médico, arguto e sabido que, por sua vez não duvidava d'aquela gastropatia. Tempos mais tarde a paciente, totalmente curada, exhibia a toda gente o sucesso do seu médico, sem saber que se submetera a longo tratamento de úlcera do estômago.

\* Palestra realizada n'uma das reuniões quinzenais do Ambulatório de Gastroenterologia, Serviço do Dr. Levi Sodré, Santa Casa de São Paulo.

Casos como este quantos não andam por aí, glosados pelos médicos? Contudo, sejamos benevolentes comentando a mania das colites, que vai passando, porque os posteros rir-se-ão das nossas manias de hoje: vitaminoterapia, sulfamidas (deixando em paz o cálcio...).

\* \* \*

A frequência das colites vem da noção arraigada de que os cólos pôdem ser fonte contínua de doença, pela presença ali, maximé nas primeiras porções direitas, de abundante flora microbiana, bem como dos sub-produtos tóxicos da digestão. Si tal conceito prevalece mesmo entre clínicos, que se dirá dos leitores leigos da matéria médica... A crença serviu, pelo menos, para despertar largos estudos nêsse capítulo da patologia, os quais lograram conclusões que, em maioria, não se discutem mais.

Há as colites verdadeiras, entidades isoladas, primitivas bem definidas, e há as colites falsas, secundárias, sintomáticas, apesar de algumas destas trazerem, aparentemente, a expressão clínica das primeiras.

O termo "colite" deve ser reservado aos casos em que hajam lesões inflamatórias ou infecciosas do grosso intestino. "Não há colite sem inflamação de uma ou de todas as tûnicas do grosso intestino" (Gallart Monés). Podem aparentar colites, com maior ou menor razão, doenças abdominais ou não que nada têm que ver com elas. Ante uma queixa de dôres abdominais incertas e distúrbios às evacuações, a primeira suposição de doentes e mesmo de médicos, é que esteja em causa alguma colite. Entretanto, atentando-se, na patologia abdominal, só ao capítulo das diarréias, aí temos de sobra justificativas para aqueles sintomas simuladores de colite.

Permitam-nos aqui um parentesis para abordar essa coisa de diarréia e disenteria. Si é exacto que esta última caracteriza as colites, também é certo que não podemos, só por ela, orientar o nosso critério diagnóstico, porque cada um de nós já observou o aspecto disenteriforme das dejeções em casos nos quais a diarréia é que seria o sintoma razoável, e vice-versa, fezes de aspecto diarréico onde se esperava uma disenteria. Outrosim, muitas vezes os dois fenómenos se confundem no seu aspecto grosseiro, sem que haja limite nítido entre um e outro, e estamos a relembrar situações em que não pudemos afirmar si o acusado pelos pacientes era diarréia ou disenteria. Daí o fato de os Gallart-Monés só usarem o termo "diarréia", a que dão sentido genérico, e de Porges falar de "diarréia aguda em colite aguda". Inexacta é, pois, a crença de muita gente que vê obrigatoriamente colite onde há disenteria e fenómenos entéricos onde há diarréia.

Portanto, voltando ao fio da meada, em casos concretos devemos excluir com cuidado as grandes variedades de diarréias, 6)

própriamente ditas, extra-cólicas (si nos perdoam o termo), para só então pensarmos em colite. Tais são as diarreias:

- por lesões orgânicas (enterites, cholecistites, ileites);
- funcionais (dispepticas, gastrogenas);
- mecânicas (estreitamentos, invaginações, volvulias, angulação);
- reflexas (apendicite, salpingite);
- tóxicas (botulismo, diabete, intoxicação mercurial, saturnismo, uremia) e
- específicas (sífilis, tuberculose, actinomicose, Ca).

Além destas, diarreias há exprimindo lesões nervosas ou endócrinas (trataremos destas); outras, ligadas à alergia, hipersensibilidade, avitaminose; muitas representando reações cólicas de distúrbios extrínsecos, comparáveis aos fenômenos meramente funcionais que se observam no pulmão, coração, rins, etc....

Não podemos ventilar o diagnóstico diferencial das espécies citadas, porque não estamos fazendo aqui o estudo das diarreias; mas adiantemos que ao correr do exame do doente, muitas delas, com facilidade, vão sendo rapidamente afastadas do diagnóstico, já desde a anamnese. Da alergia alimentar, quasi sempre de reação cólica, diremos algumas palavras, por ser capítulo recém-chegado à patologia intestinal.

Entre indivíduos que padecem de diarreia, muitos há em que tal distúrbio segue-se à ingestão de leite, ovos, peixes, crustáceos, etc.; e, quando o alérgeno não pôde ser suspeitado nos alimentos, cabe pensar-se n'uma sensibilização pelas próprias bactérias intestinais, seus lisados ou toxinas. Não deve confundir-se com anafilaxia, pelo aspecto agudo, próprio desta última. Essa questão da alergia intestinal é erizada de dificuldades, quanto mais que a prova de cuti-reação é falível: pode ser positiva para alérgenos tolerados, e vice-versa. Por isto mesmo, quando o médico traça o regimen dietético ao seu doente, é preciso que tenha muito fortes razões para excluir determinado alimento.

Recuando ante a largueza deste assunto, interessante e convidativo a estudo, aqui fica apenas ascenado que as reações cólicas alérgicas, pôdem também, em certos casos, assumir falsa feição de colite.

Analisada por alto a significação que o sintoma diarreia pôde ter nas colites, falemos propriamente das dejeções de muco, o qual seria o sinal clássico de inflamação da mucosa cólica, não podendo existir fluxo mucoso sem colite. E' o que se acreditava até pouco tempo atras. Mas, está provado hoje, sem nenhuma dúvida, que pôde haver um hiperfuncionamento das glândulas mucíparas, de causa exclusivamente nervosa, em ausência de toda e qualquer inflamação local (veremos adiante).

Sem dúvida alguma, inflamação mucosa é seguida de perdas mucosas; e, ainda neste caso, um exagero de muco deve despertar idéia de interferência nervosa. Convém deixar entendida a eventualidade de tal círculo vicioso. Por outro lado, não é só em doenças dos cólos que ocorrem evacuações mucosas. Em apêlo disto, cita-se um caso de colectomia total, com implantação do ileo na sigmóide, em que persistiu *in totum* a expulsão de muco com as fezes. Também autopsias realizadas em cadáveres de enfermos afectados de diarréia ou constipação, perdas mucosas e dores abdominais, vitimados por doenças intercorrentes, — tais autopsias não mostraram lesão cólica de qualquer espécie, macro ou microscópica. Há ainda os casos de colíticos que se curam espontaneamente, só pelo fato de passarem por provas semiológicas durante 15 ou 20 dias, sem nenhum tratamento.

A propósito da dor abdominal, seja enteralgia ou colalgia, isto se prende à síndrome diarréica e obedece a sua diversidade etio-patogênica. Também devemos admitir que isso de dor abdominal (como toda dor, aliás), é fenômeno extremamente relativo, todo de temperamento pessoal. No nosso serviço de mulheres, por exemplo, a queixa há de abranger uns 80 % das pacientes, quando, bem menos da metade seria de colíticas...

Vêem os colegas que passamos em revista o ternário sintomático das colites, — dor, perda de muco e diarréia, chegando à conclusão que estes sintomas, quer juntos quer isolados, tanto ocorrem nas colites verdadeiras, como nas falsas colites.

\* \* \*

Rankin, Bagen e Buie, em capítulo à parte, definem e estudam algumas das síndromes colitiformes, produzidas por causas gerais: nervosas, endocrinas ou carenciais. Assim é que tratam isoladamente da colite muco-membranosa, do *sprue*, da pelagra, da melanosi cólica; extranhando nós que não tivessem umas palavras para a síndrome diarréica das doenças de Basedow e de Addison, citadas pelo Prof. Porges. Certamente não vamos nos deter, descrevendo essas pseudo-colites; mas, não podemos evitar pelo menos duas palavras sobre cada uma delas. Por exemplo: no basedowismo, onde pôde ocorrer uma colite de aparência típica, a hipertiroidose excita o aparelho nervoso vegetativo, que estimula por sua vez a motricidade intestinal; o catarro cólico da doença de Addison tem origem nervosa ou tóxica (conforme o ponto de vista que se adote), resultante da insuficiência supra-renal; na pelagra, a avitaminose é a causa, e a tríade de dermatite, apatia mental e diarréia é a resultante, segundo mecanismo patogênico obscuro; no *sprue* tropical (diarréia crônica dos países quentes) inculparam um levedo específico (*Monilia psicosis*), avitaminose A e D, distúrbio do metabolismo cálcico,

8)

por disfunção paratiroide, não passando isso, afinal de contas, de mera dispepsia saponácea, como admite Porges, a mesma dispepsia saponácea que dá a diarreia da anemia perniciosa.

Nem sempre os quadros clínicos apontados tomam a aparência nítida de colite; mas, abramos uma excepção para a chamada colite mucosa ou muco-membranosa, que merece referência especial.

Os seus sintomas clínicos — perdas de muco, diarreia de aspecto variável, dores nos trajetos cólicos, são os de uma colite clássica, mas, ninguém nunca teve elementos para afirmar a existência de fenômenos inflamatórios cólicos. Sabe-se hoje que a sua origem é puramente nervosa, uma "neuróse intestinal secretora e sensitiva", cujas manifestações foram comparadas à asma ("asma do intestino"), não faltando a hipervagotonia, os espasmos e a secreção de muco com eosinófilos inclusos. Não há exatamente "colite", como na asma não há "bronchite", por mais que o pareça.

Eis aí uma amostra perfeita de síndrome colitiforme, sem lesões cólicas quaisquer, nessa *pseudo-colite muco membranosa*.

\* \* \*

Chegando ao termo destas considerações, que nos dizem como e quando podem ocorrer as falsas colites, perguntemos quais são as verdadeiras colites. Só o enunciado delas, as quais os companheiros de serviço já estão chamando pelos nomes, é mais um argumento que milita em pròl da acepção das primeiras, porque, por exclusão, n'aquelas síndromes colíticas em que os meios semiológicos não conseguiram identificar uma das espécies reais de colites — a, teremos pela frente um exemplo de pseudo-colite, só faltando interpretar-lhe a genese etio-patogênica.

Como colites verdadeiras admitimos:

- c. amebiana
- c. bacilar
- c. ulcerosa
- c. tuberculosa
- c. a flagelados { lamblia (enterocolites)  
                          chilomastix  
                          trichomonas  
                          tricercomonas  
                          balantidium (infusório ciliado)



E são só estas, nenhuma mais, as verdadeiras colites, as colites-doenças, entidades nosológicas definidas. Outras, que embora tenham o mesmo feitiço clínico e que escapem com segurança a essas cinco formas enumeradas, — são as falsas colites, meros sintomas de outros distúrbios a serem pesquisados.

Dai se infere que, repetindo palavras de ha pouco nas tentativas de esclarecer a causa de uma colite, a conduta racional é cuidar-se de ver, em primeiro lugar, por meio de todos os recursos indicados, si se trata de uma dessas colites verdadeiras. Uma negativa neste sentido indica, por exclusão, dissemos, a hipotese de falsa colite.

\* \* \*

Para terminar, alguns reparos, apenas, no que concerne ao tratamento das pseudo-colites.

Depende por força do caso individual, que precisa de ser estudado em detalhes; a cura da síndrome está ligada à sorte da doença. Aquí não devemos nos assustar pelo fato de serem inúmeras as circunstâncias morbidas que podem produzir uma falsa colite, porque, segundo demos a entender, muitas delas excluem-se rapidamente durante o exame clínico, restando, por fim, poucas causas pendentes do diagnóstico diferencial. Nessa tarefa, tenhamos sempre em vista o componente nervoso, maximé em se tratando de mulheres.

Quanto a prescrições, fujamos ao empirismo de oitiva, a medidas “enérgicas” ou complicadas, sem razão formal. O mesmo quanto às indicações operatórias, que podem ajuntar um mal irreparável à doença que já existe; às dietas extravagantes, à fisioterapia discricionária, às onerosas “estações de agua”, cujas virtudes reais se contam nos dedos das mãos. Em matéria de colite, especialmente, fracassos repetidos desautorizam o médico e prejudicam a sua ação futura.

Também não deixemos para amanhã o alívio sintomático que pudermos dar hoje ao nosso colítico; nem mortifiquemos a sua paciência, pedindo exames além d'aqueles inteiramente úteis para não fazermo-lo desesperar à espera do seu remédio.

\* \* \*

Falar sobre o conceito patogênico das colites é abordar assunto um tanto vago e confuso. Contudo, procurámos dar-lhe cunho prático, n'um esforço de conseguir, pelo menos, individualizar a questão (*poser la question*) e despertar para ela o interesse dos colegas. Ficamos contente si com estas palavras podemos apresentar alguns elementos que sirvam a uma futura CLASSIFICAÇÃO DAS COLITES, problema aberto que se há de aproveitar das luzes deste nosso excelente serviço de Gastroenterologia.

## Ensaio da termogenoterapia nos cancros de Ducrey

**Dr. José Rego Vieira**

*Chefe da 2.<sup>a</sup> Clínica Dermato-Sifiligráfica do Hospital Santo Amaro  
Assistente do mesmo Serviço  
Recife — Pernambuco*

O cancro venéreo é uma doença muito comum aos que lidam constantemente com pacientes de classe humilde e de condições sociais inferiores. É uma ulceração determinada pelo *Strepto Bacillus* de Ducrey.

A sua forma é constantemente oval, tem o tamanho geralmente de uma ervilha, podendo entretanto tomar maiores dimensões, quando o terreno (local) em que se desenvolve é pouco asseado. Podemos mesmo afirmar que esta doença, é uma resultante, quer na sua instalação, quer no seu desenvolvimento, da pouca higiene, após as relações sexuais. É portanto uma pequena úlcera ou melhor pequenas úlceras, onde pululam os *Streptos Bacillus* de Ducrey. Dizemos pequenas úlceras, porque, conforme dizia Ricord "o cancro mole (venéreo) tem espírito de família e vive rodeado dos seus filhos". O fundo da lesão é de cor amarelada ou avermelhada coberta com uma secreção purulenta e é irregular em sua superfície. Há secreção abundante e os bordos estão talhados apique. É mui doloroso aos movimentos e ao tratamento. A localização é quasi sempre nas regiões genitais. Póde-se observar casos em outras regiões afastadas, todavia frisamos que é raro. Os gânglios adjacentes à lesão mostram-se muitas vezes dolorosos e aumentados de volume. Há portanto sempre uma adenopatia que constantemente se ulcera, formando o que se denomina adenite cancrosa. O diagnóstico é geralmente determinado pelo especialista. Contudo podemos ainda lançar mão dos exames de laboratório, para a determinação positiva da doença. Devemos mesmo fazer sempre a pesquisa de laboratório.

*A pesquisa do Strepto Bacillus de Ducrey, na secreção purulenta da lesão:*

Encontramos um bacilo curto, de extremidades arredondadas, disposto em cadeia e tomando a coloração pelo azul fenicado de ZIEHL diluido. Gram negativo. É interessante o fato de



que as suas duas extremidades são coradas, daí a denominação imposta de bacilo em *lançadeira*. A sua cultura é muito difícil, entretanto GRIFFON cultivou em sangue gelado. A inoculação do *Strepto Bacillus* de Ducrey em animais de laboratório é difícil, todavia REENSTIERNA conseguiu inocular no escroto do coelho e do macaco. A auto inoculação experimental também é um processo que facilita o diagnóstico, entretanto não é usual. A intradermo Reação de Ito-Reenstierna é um processo interessante e de resultado patente. A reação de fixação de complemento pode-se empregar, entretanto não é de uso geral.

Podemos dizer que a frequência do cancro de Ducrey é abundante entre os nossos pacientes, e isto é certamente devido a descaso da higiene sexual que observamos nas pessoas (afetadas) acometidas. A princípio o cancro se apresenta como uma vesícula que se transforma em pústula, pouco a pouco. A crosta formada cai e deixa apreciar-se uma ulceração que destrói o derma. A ulceração progride onde se situa, forma então as variedades de cancro papuloso, nodular, condiloma, adenites concrosas, foliulites cancrósas, etc. A adenite satélite é quasi que um corolário da afecção. Fagedenismo: entre os nossos pacientes é comum à associação com o *Treponema palidum*, muito frequente no nosso meio.

Achamos conveniente frisar que há uma diferenciação interessante entre o cancro venéreo recente e a lesão antiga. O cancro nascente mostra-se com uma vesícula-pustula circundada por uma aureola avermelhada.

Quando se desprende a cápsula da vesícula, observa-se uma ulceração destruindo profundamente o derma. A secreção que é extremamente provida de bacilos, facilmente concorre para a formação de novas ulcerações típicas. O cancro adulto é sempre de uma dimensão maior, não progride facilmente, a secreção é muito pouca e de uma virulência menor. É esta forma que apresenta o cancro venéreo papuloso, que se localiza geralmente no sulco balanoprepucial no homem, e nas pregas da vulva da mulher. O cancro venéreo nodular é outra variedade, que tem por característica uma base de consistência densa. Muitas vezes também o cancro toma a forma de ragadias ulcerosas nas pregas da vulva ou mesmo pode invadir o conduto anal formando anites cancrósas (Ravault). Estas diversas variedades de cancros venéreos que citamos e que observamos em nosso serviço em diversas épocas de seu desenvolvimento, constituem achados interessantes para o estudioso da referida afecção tão difundida entre nossa gente. Compreendemos perfeitamente e queremos salientar a influência positiva que a ignorância de princípios de higiene concorre poderosamente para o desenvolvimento da doença, que a princípio parece ser de pouca importância, porém

se traduz posteriormente por uma série de prejuízos físicos e morais para o paciente. Outro fator digno de menção é o tempo de duração da doença que se prolonga consideravelmente quando *o tratamento não obedece a uma direção científica e moderna*. A dor no tratamento das lesões é outro fator que concorre para o afastamento do doente, que se atemorisa. Teremos pois, que procurar um processo terapêutico que, indo ao encontro da doença, possa vence-la facilmente no menor intervalo de tempo e mínimo de sofrimento para o paciente.

## TRATAMENTO

Há diversos processos usuais no combate à afecção que estudamos. Iremos de princípio passar em revista os vários processos por demais conhecidos dos que tratam diariamente de pacientes acometidos desse flagélo venéreo. Costumava-se lavar cuidadosamente a lesão com água tépida e aplicava-se pó de iodoformio. O nitrato de prata em solução aquosa e mesmo substâncias causticas foram de emprego frequente. AUDRY aconselhava o uso de calor do termocautério colocado no ponto da lesão ou mesmo de aparelhos que permitissem a evaporação do ar quente sobre a lesão. Este processo ainda é hoje empregado, forçoso é dizer que, embora maltrate um pouco os pacientes, traz algum resultado satisfatório. A base do método é, certamente resultante da sensibilidade do *Strepto Bacillus* de Ducrey à temperatura de 40 graus facilmente adquirida pelo meio supra mencionado. A cauterisação do cancro mole com ácido fênico líquido também muito empregado, é um dos processos chamados de anestesia dolorosa, segundo o Prof. J. Scaffer: usou-se também a solução de sulfato de cobre a 20 % que se aplica duas vezes ao dia, usando-se posteriormente (seis curativos) o iodoformio em pó. Os pós devem ser usados com o cuidado de os colocar no fundo da lesão. Para este processo do pó de iodoformio encontramos muitas vezes pacientes intolerantes aos referidos medicamentos, havendo a formação de dermites iodoformicas. Devemos então recorrer aos seus sucedâneos, entre os quais citaremos o eurofeno que se usa em mistura com ácido bórico. O xerofórmio, bolufeno, etc. Todos têm todavia uma acção muito inferior ao primeiro mencionado. Para os casos onde se apresenta o bubão inguinal, existe também processos vários que citaremos; de início o tratamento local com solução alcoólica fraca, entre os quais as ataduras com aplicações alcoólicas de SALZNEDEL. A aplicação do saco de gelo in loco no princípio pode fazê-lo regredir. As aplicações prolongadas de calor, de emplasto mercurial, injeções de terebentina no bubão; e finalmente quando esses processos falham, geralmente assim acontece, teremos que recorrer à cirurgia. Entretanto dispomos atualmente de um processo ba-

seado na observação de SIMON, que havia notado a cura rápida de cancos e bubões mesmo sem cuidados locais, após uma enfermidade febril. Queremos lembrar o tratamento piretogênico do cancro venéreo, recorrendo a variados processos: injeções de leite, de proteínas diversas e mesmo das vacinas streptobacilares, em particular a vacina de Nicole e Dulfour, conhecido com o nome de Dmelcos, remédio que nos tem dado resultados maravilhosos na cura da doença que DARIER chamou a vergonha da venereologia.

Os primeiros estudos sobre a proteinoterapia foram em 1916 e segundo o Prof. Schmidt de Praga, as primeiras experiências foram tentadas pela injeção intramuscular de leite. Isto não quer dizer, entretanto, que não houvesse emprego de injeções de leite anteriormente, todavia não existia um trabalho médico comprovado a respeito. Sabíamos que no século XVII houve emprego de injeções de leite na veia; mas devido aos choques ocasionados esta terapêutica foi logo abandonada. Outros experimentadores fizeram o mesmo com outras substâncias, entretanto consideramos que não havia um trabalho científico, que justificasse o emprego da substância, muito embora conhecessemos que a base era proteína. HOLLER usou na grande guerra o tratamento pelas albuminas. Os fenômenos mais importantes que apreciamos são:

- 1) Hipertemia
- 2) Reações locais.

O Prof. Schmidt cita em sua Terapêutica Proteinica “a provocação artificial de febre é desempenhada muito bem pelos corpos protéicos e muito especialmente pelas *albuminas bacterianas* empregadas por via-parentérica”. Acrescentando ainda uma nota interessante: que os corpos protéicos isentos de germes têm ação hipertermicas, porém, as bactérias que contém, muitas vezes colocadas intencionalmente aumentam a ação anterior protéica. Após o uso da proteína observamos reações serológicas interessantes. Ha um estímulo reacional que atua sobre o organismo e que provoca um complexo de fenômenos reacionais.

### ACÇÃO SOBRE O QUADRO HEMÁTICO

Resultantes da qualidade e quantidade do agente protéico empregado VITALONE observa um aumento de *neutrofilos* após injeções intravenosas de leite. STROBL nota um desaparecimento transitório do eosinofilo. HIRSCH informa sobre o aumento máximo dos leucocitos e mielocitos antes da febre alcançar o máximo. Nilsen diz que observou após as injeções de albumina extranha leucopenia, logo depois leucocitose. Estas considerações que fizemos sobre a proteinoterapia tem a finalidade de relacionar

com as nossas observações apresentadas pelos autores. Empregamos como tratamento pela proteína o preparado TERMOGENIO DO INSTITUTO PINHEIROS. Já fizemos algumas considerações sobre a Termoterapia por meio das injeções de substâncias proteicas variadas e no decorrer do nosso trabalho diversas considerações de alguns mestres serão recordados sobre o assunto. A aplicação deste método terapêutico já era do nosso constante uso, entretanto, cumpre salientar os efeitos interessantes observados com aplicações de injeções endovenosas do TERMOGENIO que é uma suspensão de Bacilus Ducrey no combate ao cancro venéreo. O interessante das nossas observações foi sem dúvida a rápida cura de nossos pacientes com o uso exclusivo do referido produto associado localmente à vacinoterapia local pelo DUCREILOCO PINHEIROS, gentilmente cedidos para as nossas observações pelo INSTITUTO PINHEIROS LTDA. (S. PAULO).

### OBSERVAÇÕES

#### Observação n.º 1.

*Nome* — C. S. T. *Idade* — 18 anos. *Sexo* — Femenino. *Estado civil* — Solteira. *Cor* — Branca. *Naturalidade* — Brasileira. *Profissão* — Doméstica. *Residente* — Tejipto — Recife. Entrada dia 11-8-943.

*Hist. familiar* — Pais vivos, sadios. Avós falecidos, ignorando a causa. Têm 16 irmãos, morreram 11, ignorando a causa. Menarca aos 13 anos. Catamenios posteriores, irregulares em tempo e quantidade.

*Pas. morbido* — Na infância sarampo, varicela, coqueluche, sarna paludismo gonorréia e reumatismo.

*Hist. da doença atual* — Informa que está doente há vinte dias, diz que após "coito suspeito" notou aparecimento de um tuberculo na parte superior direita do grande lábio; em seguida se ulcerou. Usou alguns remédios lavagens com permanganato de potássio, Ducreir ao hospital onde se achava internada. "Diz que apareceu também uma adenite, inguinal direita".

#### Fotografia n.º 1.

*Estado atual* — Pela inspeção, notamos uma lesão ulcerosa, em forma de crescente, e bordos talhados a pique, de fundo raso e granuloso, na região superior do grande lábio direito. Não ha outras lesões. Notamos ainda uma tumefacção na região inguinal direita. Ha um processo de secreção purulenta, de odor fetido e que se desprende da lesão, que se mostra endurecida tem dimensão de dois e meio centímetros de diametro. A paciente dificulta o tratamento dizendo ser muito dolorosa a lesão.

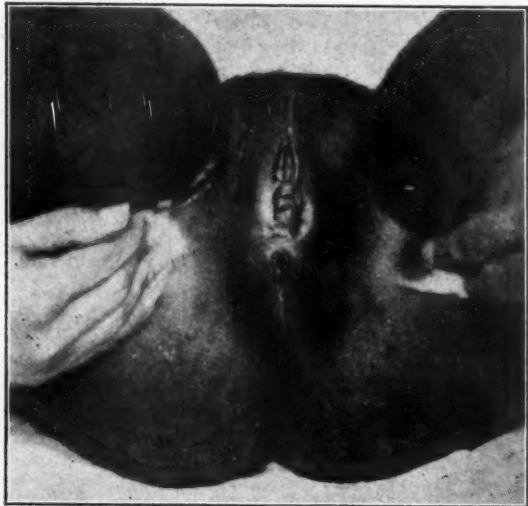
*Exame geral* — Decubito ativo. Facies normal. Estado psiquico bom. Musculatura e panículo adiposo regularmente desenvolvido. Mucosas visíveis, coradas. Presença de esternalgia e tibilagia. Ganglios inguinais palpáveis e dolorosos.

*Aparelho circulatório* — Normal. *Aparelho respiratório* — Normal. *Aparelho digestivo* — Normal. *Aparelho nervoso* — Sem anormalidade. *Aparelho urinário* — Normal.

*Exames complementares* — a). Exame de urina — Normal. b). Pesquisas de Strepto Bacilus de Ducrey — Positiva. *Diagnóstico* — Cancro Venereo.



Fotografia n.º 1



Fotografia n.º 2

## TRATAMENTO

- Dia 25-8-43 1.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação térmica — 40 graus.  
Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 27-8-43. 2.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 38,6 graus.  
Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 31-8-43. 3.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica. — 40 graus.  
Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 3-9-34. 4.<sup>a</sup>Dose de Termogenio. Elevação termica — 39,4 graus.  
Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 5-9-48. 5.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 37,7 graus.  
Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 8-9-43. 6.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 38,5 graus.  
Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 13-9-43. 3.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 37,5 graus.  
Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 17-9-43. 4.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 38,2 graus.
- Dia 20-9-43. Alta — curada.

## Observação n.º 2.

*Nome* — A. F. S. *Idade* — 19 anos. *Sexo* — Femenino. *Estado civil* — solteira. *Cor* — Branca. *Naturalidade* — Brasileira. *Profissão* — Domestica. *Residente* — Afogados — Recife. *Entrada* — 22-8-43.

*Hist. familiar* — Paes falecidos, ignora a causa. Avós falecidos. Tios mortos, ignora a causa. Tem 3 irmãos vivos, sadios. Menarca aos 15 anos. Catamenios posteriores, irregulares em tempo e quantidade.

*Pas. morbido* — Na infância, parotidite epidemica aguda, varicela, e paludismo. Cancro venereo.

*Hist. da doença atual* — Informa que depois de "coito suspeito" apareceu-lhe uma pequena ulceração na parte inferior do grande labio ha mais de dois meses mais ou menos. Pruriginosa e dolorosa as veses. Usou tintura de iodo e canfora não obtendo melhora, e sim disseminou esse ulceração, invadindo tambem a parte inferior do pequeno labio. Internou-se no hospital que usou medicamentos especificos e obteve melhora, obtendo alta a pedido: porem tendo relação sexual e nova recidiva, procurou então o hospital onde se acha internada.

## Fotografia n.º 2.

*Est. atual* — Pela inspeção notamos uma ulceração de forma crescente na região perineal atingindo a parte inferior dos pequenos e grandes labios. O fundo da ulceração é raso e coberto por uma secreção. Acusa forte sensação de ardor à micção, acusa tambem prurido. Notamos ainda uma tumefação acentuada, formando um plateau".

*Exame geral* — Decubito ativo. Facies normal. Estado psiquico bom. Musculatura e panículo adiposo regularmente desenvolvido. Presença de esternalgia e tibialgia. Ganglios inguinais palpaveis e indolores; mucosas visiveis e descoradas.

*Aparelhos* — circulatório, respiratório, nervoso e urinários: normais.



*Exames complementares* — a). Exame de urina — Normal. b). Pesquisas de Strepto Bacilus de Ducray — Positivo. *Diagnóstico* — Cancro venereo.

### TRATAMENTO

- Dia 25-8-43. 1.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 40,8 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 27-8-43. 2.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 40,8 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 31-8-43. 3.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 39,5 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 3-9-43. 4.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 40,0 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 6-9-43. 5.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 39,5 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 10-9-43. 6.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 40 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 13-10-43. 3.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 39,2 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 17-9-43. 3.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 38,5 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 22-9-43. 4.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 38,2 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 29-9-43. 5.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 37,6 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 4-10-43. 5.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 37,2 graus.
- Dia 6-10-43. Alta — curada.

#### Observação n.º 3.

*Nome* — O. F. *Idade* — Sexo Feminino. *Estado civil* — Casada. *Cor* — Branca. *Naturalidade* — Brasileira. *Residente* — Recife. *Entrada* — 24-8-43.

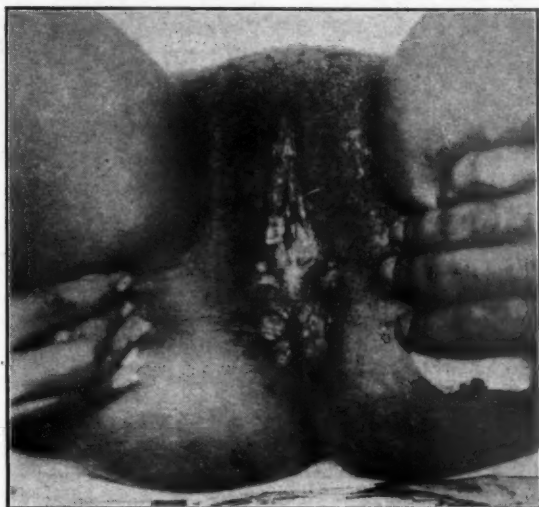
*Hist. familiar* — Pais vivos, sadios. Avós falecidos de causa ignorada. Sua genitora teve oito filhos vivos e sadios Menarca aos 13 anos. Catamenios posteriores irregulares em tempo e quantidade.

*Pas. morbido* — Informa que está doente ha tres meses. Relata que sua doença começou depois de um "coito suspeito", pois apareceu uma lesão muito pruriginosa e dolorosa na região perineal, e outra na parte inferior do grande e pequeno lábio, usou alguns remedios caseiros sem resultado, porque essas lesões se ulceraram e aumentaram de tamanho. Resolveu então recorrer ao hospital.

#### Fotografia n.º 3.

*Est. atual* — Notamos na região do perineo e grandes e pequenos labios uma ulceração de bordos talhados a pique de fundo raso, em forma de crescente. Ha tambem nos bordos do anus vegetações.





Fotografia n.º 3

*Exame geral* — Decubito ativo. Estado psíquico bom. Facies normal. Musculatura e panículo adiposo regularmente desenvolvido. Presença de esternalgia e tibialgia. Ganglios palpáveis.

*Aparelhos* — Circulatório, respiratório, digestivo, nervoso e urinário normais.

*Exame complementar* — a). Exame de urina- normal. b). Pesquisas de Strepto Bacilus de Ducrey — Positiva. *Diagnóstico* — Cancro venero; Vegetações venereas.

#### TRATAMENTO

- Dia 25-8-43. 1.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 40,2 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 27-8-43. 2.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 39,5 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 31-8-43. 3.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 39 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 3-9-43. 4.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 38,4 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 6-9-43. 5.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 38,6 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 10-9-43. 6.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 39 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.
- Dia 13-9-43. 3.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 38,4 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.

- Dia 20-9-43. 3.ª Dóse de Termogenio. Elevação termica — 38,4 graus.  
 Dia 29-9-43. 4.ª Dóse de Termogenio. Elevação termica — 38,2 graus.  
 Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.  
 Dia 4-10-43. 5.ª Dóse de Termogenio. Elevação termica — 38,2 graus.  
 Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.  
 Dia 10-9-43. Alta — curada.

**Observação n.º 4.**

*Nome* — M. N. M. *Idade* — 21 anos. *Sexo* — Femenino. *Estado civil* — casada. *Cor* — branca. *Naturalidade* — Brasileira. *Profissão* — Doméstica. *Residente* — Timbaúba — Pernambuco. *Entrada* — 5-9-43.

*Hist. familiar* — Pais vivos e sadios. Avós sadios. Tios vivos e sadios. Sua genitora teve 18 filhos, sendo 13 vivos e sadios. Menarca aos 13 anos. Catamenios posteriores irregulares em tempo e quantidade.

*Pas. morbido* — Teve 3 filhos, sendo 2 falecidos, ignorando a causa. Na infância apenas sarampo. Nega passado venereo.

*Hist. da doença atual* — informa está doente ha 4 anos de "corrimento". Diz que ha 7 anos apareceu um prurido em seguida de pequenos lesões serosas dos grandes labios, sendo que apareceu uma edemaciação no grande labio direito. Diz ainda que empregou varios remedios caseiros sem resultados, pois as lesões tornaram-se maiores. Resolveu então, recorrer ao hospital, onde se acha internada.

*Estado atual* — Observamos na região superior do grande labio direito duas lesões ulcerosas e uma no meato urinário, em forma crescente, de bordos talhados a pique, de fundo raso e coberto por uma secreção purulenta.

*Exame geral* — Decubito ativo. Estado psiquico bom. Facies normal. Musculatura e panículo adiposo regularmente desenvolvidos. Mucosas visiveis coradas. Glanglios palpaveis e dolorosos. Ausencia de esternalgia e tibialgia.

*Aparelhos* — Circulatório, respiratório, digestivo, nervoso e urinário normais.

*Exame complementar* — a). Exame de urina. Presença de Gonococcus. b). Pesquisas de Strepto Bacilus de Ducrey. Positiva.

*Diagnóstico* — Blenoragia e Cancro venereo.

## TRATAMENTO

- Dia 6-9-43. 1.ª Dóse de Termogenio. Elevação termica — 40 graus.  
 Dia 8-9-43. ½ Ampoula de Bleiserina Pinheiros.  
 Dia 10-9-43. 2.ª Dóse de Termogenio. Elevação termica — 40,3 graus.  
 Dia 12-9-43. ¾ de Ampoula de Bleiserina Pinheiros.  
 Dia 15-9-43. 3.ª Dóse de Termogenio. Elevação termica — 40 graus.  
 Dia 17-9-43. ¾ de Ampoula de Blesarina Pinheiros.  
 Dia 20-9-43. 4.ª Dóse de Termogenio. Elevação termica — 40,2 graus.  
 Dia 22-9-43. 1 Ampoula de Bleiserina Pinheiros.  
 Dia 24-9-43. 5.ª Dóse de Termogenio. Elevação termica — 39,4 graus.  
 Dia 27-9-43. 1 Ampoula de Bleiserina Pinheiros.

Dia 29-9-43. 6.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 38,6 graus.  
Dia 1-10-43. 1 ½ Ampoula de Bleiserina Pinheiros.  
Dia 4-10-43. 4.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 40,2 graus.  
Dia 6-10-43. 2 Ampoulas de Bleiserina Pinheiros.  
Dia 9-10-43. 2 Ampoulas de Bleiserina Pinheiros.  
Dia 11-10-43. 5.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação terminca — 40,2 graus.  
Dia 17-10-43. Alta. Radicalmente curada.

NB. — Durante o tratamento foi aplicado o Ducreiloco Pinheiros como curativo 3 vezes ao dia.

Observação n.º 5.

Nome — R. S. F. Idade — 30 anos. Sexo — Femenino. Estado civil. — Cor — Branca. Naturalidade — Brasileira. Residente — Recife. Entrada — 10-9-43.

Hist. familiar — Pais falecidos de causa ignorada. Menarca nos 13 anos. Catamenios posteriores nomais.

Pas. morbido — Na infância sarampo, varicela, parotidite. Blenorragia, adenite inguinal dindita supurada.

Hist. da doença atual — Ha uns dias se encontra doente após um "coito suspeito", sentiu um prurido no meato urinário. Depois esse prurido tornou-se cada vez peor, apesar dos tratamentos usados instalou-se um forte ardor a micção. Após dois meses de tratamento caseiro, recorreu ao hospital e internou-se.

Estado atual — Observamos tres lesões ulcerosas de fundo amarelado e de brodos alevantados e talhados a piquem mui dolososos ao tratamento e situados nos pequenos labios e meato urinário.

Exame geral — Decubito ativo. Estado psiquico bom. Facies normal. Musculatura e paniculos adiposo regularmente desenvolvidos. Presença de esternalgia e tibialgia. Glanglios palpaveis e dolososos.

Aparelhos — Circulatório, respiratório, digestivo, nervoso e urinario-normais.

Diagnóstico — Cancro venereo.

Exame Complementar — a). Exame de urina — normal. b). Pesquisas de Strepto Bacilus de Ducrey — Positivo.

## TRATAMENTO

Dia 13-9-43. 1.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 40,3 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.  
Dia 20-9-43. 2.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 39,5 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.  
Dia 29-9-43. 3.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 39,6 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.  
Dia 4-10-43. 4.<sup>a</sup> Dose de Termogenio. Elevação termica — 38,6 graus. Curativo 3 vezes ao dia com Ducreiloco.  
Dia 6-10-43. Alta — curada.

N. B. — Nos dias em que não foi aplicado o Termogenio, foi feito curativos 3 vezes ao dia com o Ducreiloco.

Observação n.º 6.

*Nome* — N. S. V. *Idade* — 18 anos. *Sexo* — Feminino. *Estado civil* — casada. *Cor* — parda. *Naturalidade* — Brasileira. *Profissão* — Domestica. *Residente* — Recife. *Entrada* — 12-9-43.

*Hist. familiar* — Pais vivos, sadios. Avós falecidos, ignora a causa. Tios vivos, sadios. Têm seis irmãos vivos, sadios. Menarca aos 13 anos. Catamenios posteriores, regulares em tempo e quantidade.

*Pas. morbido* — Na infância teve apenas sarampo, negando passado venereo.

*Hist. da doença atual* — Informa que está doente ha 2 meses. Diz que após "coito suspeito" notou o aparecimento de três pequenas lesões ulcerosas ao nível do meato urinário e na região genital do pequeno labio que posteriormente aumentaram de tamanho e ao mesmo tempo, apareceu uma tumefação glaglionar (reg. ing. direita e esquerda). Sem melhora resolveu recorrer ao hospital onde se acha internada. Apareceu tambem um corrimento.

*Est. atual* — Notamos uma lesão ulcerosa na parte inferior do meato urinário em forma de crescente. O fundo é raso e coberto com uma secreção purulenta. Sensação de ardor à micção. Ha outras duas pequenas lesões ulcerosas na região do perineo. Essas ulcerações são de bordos alevantados e talhados a pique, mui dolohosos aos curativos e se mostram como em desenvolvimento progressivo.

*Exame geral* — Decubito ativo. Facies normal. Estado psiquico bom. Musculatura e paniculo adiposo regularmente desenvolvidos. Pele e mucosas visiveis pouco coradas. Ganglios inguinaes palpaveis e indolores.

*Aparelhos* — Circulatório, respiratório, digestivo, nervoso e urinario — normais.

*Exame complementares* — a). Exame de urina — Gonococus. — b). Pesquisas de Strepto Bacilus de Ducrey — Positivo.

*Diagnóstico* — Blenoragia. Cancro venereo.

#### TRATAMENTO

Dia 15-9-43. 1.ª Dóse de Termogenio. Elevação termica — 39,2.

Dia 17-9-43. ½ Ampoula de Bleiserina Pinheiros.

Dia 19-9-43. ¾ Ampoula de Bleiserina Pinheiros.

Dia 20-9-43. 2.ª Dóse de Termogeino. Elevação termica — 39,6.

Dia 22-9-43. 1 Ampoula de Bleserina Pinheiros.

Dia 24-9-43. 3.ª Dóse de Termogenio. Elevação termica — 38,5.

Dia 27-9-43. 1 ½ Ampoula de lBleiserina.

Dia 29-9-43. 2 Ampoulas de Bleiserina.

Dia 30-9-43. Alta — radicalmente curada.

# TRANSPULMIN



## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLÉSTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS,  
EM 4 DE MARÇO

Presidente: Dr. Mauro Pereira Barreto

**Nota sobre a experiência de conservação de lâminas de sangue com o Eneçê** — Dr. Gastão Rosenfeld — Com a boa conservação de lâminas de sangue é muito difícil e trata-se de um assunto de grande interesse prático, venho relatar uma prova que fiz, por sugestão de John Lane, com o meio Eneçê, de Nelson Cerqueira.

A prova foi feita comparativamente com o Euparal de Grüber que é um meio semelhante e tido como um dos melhores para esse fim. Ambos os meios me foram cedidos por Lane a quem agradeço. Foram utilizadas para essa verificação, duas lâminas com esfregaços de um mesmo sangue, coradas pelo método de Rosenfeld e bem iguais, tanto nos esfregaços como na coloração. Uma

delas foi coberta com laminula e o "Eneçê", a outra do mesmo modo, com "Euparal". Ambas as lâminas foram cobertas num extremo, com óleo de cedro e laminula, afim de termos um meio de comparação, aliás tido como um bom meio de conservação. As lâminas foram mantidas à temperatura ambiente do laboratório, sobre uma mesa, sem proteção. Foram examinadas várias vezes, a última vez em 3/3/1943, tendo as lâminas, cerca de 1 ano e 9 meses. Obtivemos os seguintes dados: "Óleo de cedro" — em ambas as lâminas esta parte estava igual: hemátias descoradas e muito vermelhas, plaquetas descoradas e muito vermelhas, plaquetas descoradas e róseas, leucócitos com núcleo vermelho, proto-



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL. 4-6462

## HORMANDRICO

Indicado nas insuficiências sexuais masculinas e nos casos de envelhecimento precoce.

## HORMOGYNO

Indicado nas insuficiências sexuais femininas, na dismenorréia e nas psicoses de origem genital.

plasmas basófilos, descorados. Todas, alterações típicas de uma acidificação do meio.

Em conclusão — Trata-se de um bom meio para conservação de lâminas de sangue coradas pelos métodos derivados do Romanowsky, não se acidificando facilmente, sendo de resultados praticamente iguais aos do "Euparal". Naturalmente essa conclusão se refere ao prazo dentro do qual fizemos a experiência.

Experimentando o "Enecê" em lâminas de outra natureza, coradas com fucsina, azul de metileno, verde de malaquita e outros corantes solúveis em álcool etílico, tive maus resultados. O meio, dissolve o corante pouco a pouco, ficando todo corado. Não serve portanto para essa finalidade.

Comentários: — Dr. Airosa Galvão. — É muito interessante o meio de conservação de lâminas que acaba de ser apresentado pelo dr. Rosenfeld. Desejaria entretanto, que o dr. Rosenfeld nos indicasse qual a composição do mesmo.

Dr. Gastão Rosenfeld. — A composição do Enecê não me é conhecida, se bem que já tivesse pedido informações. Entretanto, julgando pelo cheiro e pelos meios semelhantes, creio tratar-se de um composto de eucaliptol, gomenol, cânfora ou substâncias congêneres. O meio leva anos para endurecer.

Dr. Edmundo Navajas. — Acho muito interessante as experiências feitas pelo dr. Rosenfeld. Penso entretanto que para poder o A. tirar conclusões sobre o valor do Enecê, em relação à conservação de alguns detalhes mínimos de coloração, deveria ter trabalhado numa mesma lâmina, em áreas próximas, anteriormente verificadas como idênticas. É sabido e há variações de coloração de uma lâmina à outra.

36)

Dr. Gastão Rosenfeld. — As condições da experiência, foram as mais homogêneas possíveis, para isso usei lâminas de um mesmo sangue, coradas na mesma ocasião e foram escolhidas duas delas, que apresentavam a maior igualdade. Como termo de referências, pus, como já disse, em ambas as lâminas, uma parte coberta com óleo de cedro. Não usei bálsamo do Canadá por ser o pior meio que conheço para conservação de lâminas de sangue.

Dr. Mauro Pereira Barreto. — Tive ocasião de confirmar as observações do dr. Rosenfeld sobre a dissolução da fucsina pelo Enecê, nas preparações de flebotomos corados por aquele corante e montados neste meio.

Durante a minha viagem pelos Estados Unidos, tive oportunidade de ler um trabalho inédito de W. I. Downs, gentilmente posto a minha disposição pelo dr. Mark F. Boyd, diretor do "Station for malaria research" mantida pela Rockefeller Foundation em Tallahassee (Flórida). Trata-se de um álcool sólido, solúvel em água em qualquer proporção; mas, uma vez seco, resiste à ação da água, a menos que seja, mergulhado nela durante várias horas. É também insolúvel nos dissolventes comuns, como o álcool etílico, acetona, éter, xilol, etc.

Para a proteção de esfregações de sangue corados pelos derivados de Romanowski, Downs aconselha preparar uma solução viscosa de álcool polivinil em água, espalhá-la sobre o preparado com um bastão de vidro e deixar secar em estufa. Forma-se assim uma película resistente, muito aderente à lâmina. Segundo Downs o álcool polivinil não só não modifica a coloração dos preparados, como também protege-os contra a ação da humidade, gaz carbônico, luz solar direta e mesmo raios ultravioleta. Quando se quer examinar



o preparado, não é necessário remover a película protetora, pode-se examiná-la através dela e, depois, remover o óleo de cedro com xilol. Estou experimentando esse meio e só futuramente poderei afirmar do seu valor.

**Sobre o "Anopheles noroestensis" Galvão e Lane, 1938** — Drs. A. L. Airosa Galvão, J. Lane e O. Unti. — Os autores fizeram a comparação da terminália do tipo de "Anopheles noroestensis" Galvão e Lane, 1938 (correspondente à figura 2, est. 1 e figura 2, tipo de "Anopheles ayrozai" Unti, 1940, cuja descrição foi trazida à Secção de Hig. e Mol. Trop. e Infec. em dezembro de 1942. Feita a dissecação dos mesósomas, verificaram que "A. ayrozai" é sinônimo de "A. noroestensis". A distribuição desta espécie é extensa, pois em S. Paulo ela já foi assinalada em Pereira Barreto, sua localidade típica, no Vale do Paraíba, na Alta Paulista (Vila Queiroz) e no Juquiá, zona do litoral. No Estado do Rio foi encontrada na Baixada Fluminense e em Ribeiro das Lages e em Santa Catarina em Brusque. Ela existe igualmente no Ceará. Na Argentina foi assinalada na Província de Tucuman. Com o fim de evitar confusões, dão uma descrição completa de "A. noroestensis".

Os autores verificaram ainda, que o material de "A. noroestensis" assinalado na descrição original, se compõe de duas espécies; uma que é a correspondente às figuras do tipo nesta descrição, cujo adulto apresenta 25% de negro basal no 2.º tarso posterior; outra em que esta porção negra é de 50 e mais por cento. Estudando o material descrito por Galvão em 1938 como sendo de "noroestensis", verificaram que ele corresponde a esta segunda espécie com 50% de negro basal no 2.º tarso posterior e cujas terminálias do macho são diferentes de todos os outros anofelinos conhecidas. Tal espécie, porém, segundo é do conhecimento deles, está sendo descrita por Causey e col.

em trabalho a ser publicado em breve.

**Transmissão do "Plasmodium cathemerium" pelo "Culex fatigans"** — Dr. Mauro Pereira Barreto — Três lotes de fêmeas de "Culex fatigans" (= "C. quinquefasciatus"?) criadas em laboratório foram alimentadas em tóxicos ("Brachyspiza pileata") naturalmente infectados pelo "Plasmodium cathemerium":

1.º lote. — 28 fêmeas foram alimentadas em um tico-tico apresentando 1.890 gametócitos por  $\text{mm}^3$  e, em seguida, mantidas temperatura de  $26,0^\circ\text{C}$  e em graus de umidade variando entre 90 e 98%. Dissecadas entre o 9.º e o 13.º dia após o repasto infectante, 6 mostraram oocistos no estômago (índice oocístico = 21,43%) em números variáveis de 3 a 17 e de tamanhos variáveis. As glândulas salivares não apresentaram esporozoítos.

2.º lote. — 30 fêmeas foram alimentadas em um tico-tico mostrando 2.140 gametócitos por  $\text{mm}^3$  e, depois, mantidas à temperatura de  $26,0^\circ\text{C}$  e em graus de umidade variando entre 87 e 100%. Dissecadas entre o 9.º e o 14.º dia, 9 mostraram oocistos no estômago (índice oocístico = 30,00%) em números variáveis entre 2 a e 16 e de dimensões variáveis; 2 mostraram esporozoítos nas glândulas salivares (índice esporozoítico, 6,66%) no 13.º e no 14.º dia.

3.º lote. — 73 fêmeas foram alimentadas em um tico-tico tendo 3.200 gametócitos por  $\text{mm}^3$  e, em seguida, mantidas à temperatura de  $26,0^\circ\text{C}$  e em umidade de 87 a 100%. Dissecadas entre o 10.º e 14.º dia, 23 tinham oocistos no estômago (índice oocístico = 3,57%) em números variáveis de 2 a 54 e de dimensões variáveis; esporozoítos foram encontrados nas glândulas salivares de 6 mosquitos (índice esporozoítico = 8,22%), no 11.º dia (uma vez), no 12.º dia (duas vezes), no 13.º dia (uma vez) e no 14.º dia (uma vez). Em conjunto, foi verificado um índice oocístico de 29,01% e



um índice esporozoitico de 6,11%. O período de incubação extrínseca mínimo observado foi de 11 dias, operando à temperatura de 26,0: C e em umidade de 87 a 160%.

Com suspensões de esporozoítos obtidos pela trituração de glândulas salivares em soro fisiológico, foram inoculados dois

canários: o primeiro, inoculado com suspensão de glândulas salivares de um mosquito fortemente infectado, mostrou um período prepatente de 11 dias; o segundo, inoculado com suspensão de glândulas de dois mosquitos, também fortemente infectados, apresentou um período prepatente de 9 dias.

## SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 5 DE MARÇO

Presidente: Dr. André Teixeira Lima

### Orientação da neuropsiquiatria em Chicago — Dr. Anibal Silveira

— Agradece as palavras sobre o honroso do dr. André Teixeira Lima e o amável convite para discorrer sobre a situação da neuropsiquiatria na grande nação norte-americana. Salienta especialmente o admirável ecletismo e o espírito de cooperação que dominam o ambiente neuropsiquiátrico de Chicago. Menciona o entrosamento perfeito das escolas neurológicas, neurocirúrgicas e psiquiátricas entre si e ao mesmo tempo para com os departamentos de neurofisiologia, de neuropatologia, de neurologia experimental e também de psicologia, quer se trate de instituições universitárias, quer de hospitais. Refere-se aos departamentos dessas especialidades nas cinco universidades da grande urbe: U. de Illinois, U. de Chicago, U. do Noroeste, Loyola e De Paul, focalizando as 3 primeiras. No domínio da psiquiatria refere as instituições de ensino — hospitais de pesquisa anexos às Universidades, — e as votadas à assistência pública psiquiátrica — hospitais do distrito, da municipalidade e tamentos dessas especialidades nas estaduais. Alude às clínicas de orientação social, às de orientação pedagógica e infantil em geral, ao Instituto de Pesquisas Juvenis, finalmente ao Departamento de Psicologia do Hospital Michael Reese e ao Instituto de Psicanálise da Universidade de Illinois. Lembra que Chicago é o centro mundial mais importante para o método de Rorschach e para psicanálise. Depois de des-

crever a extraordinária atividade do Instituto de Psicanálise e dos numerosos cursos e congressos que êle tem promovido anualmente, enumera os hospitais, em número de 13, votados às doenças mentais. Descreve por fim o Instituto Neuropsiquiátrico de Illinois, inaugurado em 1939 e cuja construção montou a 1.500.000 dólares. Refere os estudos efetuados pelos departamentos de Neurologia, de Neurocirurgia e de Psiquiatria do Instituto, bem como pelo Laboratório de Neurofisiologia, onde trabalhou.

**Traços essenciais da personalidade neurótica** — Dr. Darci Mendonça Uchôa — Após algumas considerações sobre as tendências da moderna psiquiatria ao estudo mais aprofundado da personalidade dependentes do avanço das várias correntes de psicologia dinâmica e, em particular, como resultado do trabalho de Freud e colaboradores, passa o autor a definir a personalidade neurótica, estudando seus característicos principais e suas relações com os sintomas neuróticos propriamente. Considera-a como pertencente ao grupo das personalidades psicopáticas, onde algumas modalidades descritas por Birnbaum, Schneider, Lafora e outros correspondem aos tipos mais contraditórios na personalidade anterior dos psiconeuróticos. Refere-se ao conceito de nervosidade constitucional, criticando-o. A seguir tenta definir a personalidade normal, sugerindo a existência de alguns sinais que já traduzem desajustamento e outros

que definem propriamente a personalidade neurótica. Citando as modernas concepções de Karen Horney que dá particular importância aos fatores culturais, à existência de "tendências neuróticas" (neurotic trends), conclue mostrando as relações de tais estudos com as modernas aquisições da psicologia do ego. Ressalta assim a importância do estudo da personalidade neurótica que deve despertar o interesse de todos quantos se orientam pelos novos rumos da psiquiatria científica.

Comentários: — Dr. Anibal Silveira — Não vamos propriamente discutir o trabalho, obra de fôlego em que o A. estudou tão relevantes aspectos da análise profunda de personalidades psicopáticas. Apenas queremos lembrar uma questão que se nos apresentou ao ouvir o conferencista, a respeito dessa análise estrutural da personalidade psicopática perversa. É sabido que muitos dos desajustes produzidos pelas encefalites na infância, predominam às vezes, a tal ponto, no quadro clínico, que o psiquiatra pouco experimentado, é levado a pensar em uma personalidade psicopática. Ora, na personalidade psicopática anormal resultante da encefalite na infância, temos a considerar as desordens "orgânicas" dessas que se manifestam discretamente e só a pesquisa prevenida a consegue evidenciar, e além disso, as resultantes psicopatológicas devidas à época da personalidade do indivíduo em que se registraram os distúrbios. Por certo, essa associação não indica que tais desordens correspondem diretamente àquelas lesões. Neste caso abre-se a perspectiva de tratamento psicanalítico e de reeducação, nesse domínio, tido como "lesional". Indagamos a propósito se o dr. Darci tem tratado casos desta ordem e qual a sua experiência neste sentido. Cremos que a questão se reveste de particular interesse, pois no campo tético das perversões por encefalite na infância, o psiquiatra se encontra desarmado.

Dr. Paulo Lentino. — O assunto escolhido pelo dr. Darci é dos mais

interessantes, e dos mais difíceis da psiquiatria moderna, porquanto o estudo das neuroses é ainda bastante vago, principalmente da histeria a-pesar-de ter sido a primeira neurose considerada; daí foram se destacando os quadros neurológicos sucessivamente e é possível que para o futuro, eles se multipliquem muitos outros mais, como aconteceu logo após os conhecimentos dos trabalhos de Freud. Ao que se refere à personalidade neurótica, então, a dificuldade aumenta assustadoramente.

O dr. Darci desenvolveu com muito brilho a sua tese, encarando de um ponto de vista pessoal de muito valor todo o trabalho, o que serve para orientar os psicanalistas, quando encontrarem determinadas características nas personalidades em estudo. Estes elementos todos, como já dissemos, são de muito valor, principalmente se considerarmos a gravidade que pode assumir um desajuste da personalidade, pois que a evolução pode-se dar tanto em um sentido benigno como também maligno, nevrotico ou psicótico.

Quanto à questão da influência da educação, também ficou ressaltado, no trabalho do dr. Darci, a importância dos conhecimentos sobre a personalidade. Como é sabido, o desenvolvimento psíquico se faz desde o nascimento à maioridade repetindo tudo o que a humanidade já conseguiu até aquele ponto, isto é, a ontogênese repetindo a filogênese. Assim sendo, não se deve considerar tudo num sentido organicista, mas sim, num sentido de defeito de educação familiar, que se repetirá na família dos nervosos, etc. Assim, por exemplo, é muito frequente que um pai sádico tenha filhos sádicos e masoquistas, depois netos sádicos, etc., atrasando-se cada vez mais a personalidade do indivíduo, dando, no fim, os quadros neuróticos e psicóticos. Portanto, é conveniente que se tenha a atenção voltada para este particular.

Quanto às demais considerações feitas pelo dr. Darci, são de gran-

de oportunidade e de grande alcance, e não somos nós que temos autoridade suficiente para discutir-las.

Dr. Joí Arruda. — Peço permissão para traçar alguns comentários em contribuição ao trabalho do dr. Darci. Na questão dos desajustes psíquicos nas crianças que considero muito importante e de grande valor, o que muito bem salientou o autor, desejo lembrar que já há, entre nós, a tendência em considerar tais desastres psíquicos como verdadeiras neuroses infantis. Recentemente no Congresso de Saúde Escolar, realizado aqui em São Paulo, o prof. Raul Bitencourt pronunciou interessante conferência sobre o assunto. Refere o autor que estes desajustes são sintomas dignos de tratamento e constituem as verdadeiras neuroses infantis.

Outra questão que eu quero salientar, refere-se ao comentário do dr. Anibal Silveira, que inquiriu sobre as desordens encefalíticas. Temos, a propósito, um caso, que pretendemos trazer a esta Casa, no qual, não a psicanálise, mas somente a orientação psicopedagógica, além do tratamento médico geral, foi suficiente para produzir resultados inteiramente satisfatórios.

Dr. Flávio Dias. — O dr. Darci frisou, com muita felicidade, o progresso que fez o termo psiconeurose. Quando Freud fez as suas primeiras descobertas, como que estudou uma psicologia orgânica, estudando os defeitos da psique em formação. Mais tarde, houve uma reação por parte de Adler, mas, depois, os outros discípulos voltaram a estudar e a pesquisar bem o problema como ele se apresenta na criança e finalmente acabaram voltando novamente ao lado cultural e procurar precisar o conceito de psiconeurose em termos sociais. Entretanto a questão da psiconeurose ficou sempre na questão dos grupos, de maneira que é um conceito muito relativo. Em todo o caso, o progresso que se fez para se precisar este conceito é muito

42)

grande e aqui podemos repetir o que diz muito bem Kretchner.

Dr. Darci Mendonça Uchôa. — Em primeiro lugar agradeço os comentários dos colegas à minha comunicação. Achei bem justas e oportunas as considerações do dr. Silveira; posto não tenha psicanalisado até o presente momento qualquer postencefalítico, julga, do ponto de vista teórico, bastante viável e interessante tal tarefa, e para isso lembro aqui os conhecidos trabalhos de Paul Schuller sobre a psicanálise aplicada aos mais diversos quadros mentais.

**Espasmo da convergência com espasmo da acomodação no diagnóstico da encefalite epidêmica. Apresentação da doente.** — Dr. Cândido Silva. — O A. procura demonstrar o valor semiológico do espasmo permanente da convergência e da acomodação para o diagnóstico da encefalite epidêmica.

A doente apresentada fôra inicialmente examinada como caso suspeito de tumor cerebral, mas os exames dirigidos nesses sentidos foram todos negativos. A ventriculografia com lipiodol revelou ventrículos normais, conforme o demonstram as radiografias projetadas.

Pensou-se posteriormente em esclerose em placas, mas o quadro neuroftalmológico não correspondia, clinicamente, às alterações oculares frequentemente provocadas por essa moléstia.

O diagnóstico de encefalite epidêmica sugerido pelo espasmo permanente da convergência e da acomodação encontrou apoio na anamnese. A doente teve dois episódios agudos típicos, sendo o primeiro, em abril de 1931, e o segundo em setembro de 1932. Apresenta as seguintes sequelas: espasmo da convergência e da acomodação, uma síndrome cerebelar e uma síndrome piramidal de "dedicit" nos membros da esquerda e de libertação em todos os membros.

Além das alterações oculares referidas, a doente é portadora de

uma rigidez miostática de tódia a musculatura extrínseca ocular, caracterizada por lentidão dos movimentos oculares, rigidez do olhar e raridade dos movimentos palpebrais. A rigidez miostática indica, segundo Cords, afecção encefalítica dos núcleos da base.

Comentários: — Tecendo algumas palavras em torno do que ouvimos, devemos dizer que os estudos clínicos feitos no presente caso, conforme acabamos de ouvir, nos fizeram pensar em um processo encefalítico, uma vez que foram notadas modificações da musculatura extrínseca ocular, o que é um apanágio das afecções encefalíticas. O Prof. Vampré publicou um trabalho em que encara as modificações do tonus da musculatura ocular, chamando a atenção para estas modificações nos quadros de encefalites. Por outro lado, é frequente nas afecções encefalíticas, as síndromes espasmódicas de uma maneira geral; assim, sabe-se por exemplo, que nas lesões dos núcleos hipotalâmicos as contraturas dos músculos oculares se revestem de um verdadeiro espasmo. No caso apresentado pelo dr. Cândido da Silva, notamos perturbações extrapiramidais, piramidais e cerebelares, que são comuns em casos de afecções nervosas por vírus, sendo portanto um caso que dificilmente será enquadrado dentro dos casos de tumores da região. Já temos alguns casos operados por tumores da lâmina quadrigêmia, que apresentavam síndromes catatônicas que sempre estavam presentes nestes casos o que, entretanto, não foi referido na apresentação do dr. Cândido da Silva. Por outro lado, o exame de liquor neste caso, foi completamente negativo. Ora, um tumor, por pequeno que fôsse, situado nessa região, da lâmina quadrigêmia, produziria fatalmente uma obstrução do aqueduto de Silvius, dando uma síndrome clássica de hipertensão aguda, que não escaparia ao dr. Reis, que realizou o exame de liquor. Assim sendo, as lesões no presente caso parecerem ser mais do tipo encefalítico do que do tipo tumoral.

Como adenda a estas observações, lembraria ao dr. Cândido da Silva, que mandasse proceder à iodoventriculografia o que contribuiria para afastar definitivamente a hipótese de tumor cerebral e ser fixada a hipótese de encefalite.

Dr. Carlos Vergílio Savoy. — Encontramos no trabalho que acaba de nos ser apresentado, muita falta de dados, principalmente no que se refere aos exames neurológicos para que possamos julgar se se trata ou não de uma encefalite. A respeito, achei particularmente interessante a prova da atropina relativamente ao tempo de demora para provocar o relaxamento e a questão da cefaléia, que desaparece com a retirada do liquor. Pergunto se com as injeções de soro hipertônico a cefaléia também não diminui.

Quanto à questão do diagnóstico, somos de opinião que deve haver um processo localizado nesta região diencefálica, naturalmente não tumoral, em virtude dos caracteres apresentados como distúrbios cerebelares, hemiplegia e também a questão da convergência.

Dr. Cândido da Silva. — Ao dr. Gama, dou-lhe tódia a razão em seus comentários; de fato, o liquor foi e continua a ser completamente negativo. Estudando o presente caso, não encontramos explicação para a complexidade sintomatológica, sendo entretanto mais provável a hipótese da encefalite. Assim sendo, a experiência do dr. Gama, é muito oportuna no presente caso e veio confirmar o diagnóstico de encefalite que é o mais provável, podendo apresentar quadros semelhantes ao presente. Agradeço assim os seus comentários.

Ao dr. Savoy, devo informar que não fizemos injeções de soro hipertônicos de modo que nada posso informar a respeito. A retirada do liquor, foi feita, por insinuação da doente, que referia que a retirada de certa porção de liquor, diminuía muito a sua cefaléia. De fato, isto acontece e a cefaléia diminui por longo tempo, cerca de 7 meses.

## SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 16 DE MARÇO

Presidente: Prof. Eurico da Silva Bastos

**Minha experiência com o fio de algodão** — Prof. Eurico da Silva Bastos — O A. após fazer um breve relato dos trabalhos de Gionkowski (1936), Mead e Ochsner (1939 e 1940) e os de Mead e Long (1941), todos favoráveis ao uso do fio de algodão, em lugar do cat-gut, como material de síntese cirúrgica, passa a citar a experiência brasileira a respeito, particularmente a de seu serviço, em Recife, começando com os trabalhos de Wanderley, assistente de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina do Recife, que realizou como tese de doutoramento, um belo estudo experimental e clínico, confirmando para o fio de algodão comercial (linha de coser) as mesmas conclusões a que chegaram os AA. americanos. Passa a seguir a citar a sua experiência no seu serviço cirúrgico de S. Paulo, onde vem desde há alguns anos, utilizando o fio de algodão como material de síntese cirúrgica, na maioria das intervenções. Apenas não o tem usado nas suturas das mucosas, não por receio de acidentes provenientes do próprio fio, mas sim por não se encontrar no mercado o fio de algodão montado em agulhas atraumáticas.

Todos os AA. que usam o fio de algodão, chamam a atenção para a grande tolerância do organismo a este material, como também para o tipo de cicatrização que é caracterizada por uma fibroplastia intensa e uma exsudação mínima que se convencionou chamar de cicatrização seca (Gege Mins). Esta última condição é excelente para a firmeza da cicatriz, o que por si só já representa uma grande vantagem sobre o uso do "cat-gut", que dá um tipo de cicatrização húmido, exsudativo, capaz de causar muitas vezes eventrações, por rompimento da sutura.

O A. tem usado em seu serviço o fio de algodão comum, 44)

(linha de costura) do comércio marca "Corrente". Além disso, este material é de fácil esterilização, pois pode ser autoclavado ou fervido sem nenhum inconveniente, permanecendo, mesmo após a fervura, com a sua resistência à tração inalterável, o que já acontece com o "cat-gut" e com os fios de seda.

Foi verificado que não existe uma uniformidade absoluta do material encontrado no comércio. Entretanto, a marca "Corrente" parece ter a melhor uniformidade. A falta de uniformidade destes fios e a maneira defeituosa de tratá-los (por exemplo, a fervura repetida, que muito o enfraquece) faz com que o resultado da sutura nem sempre seja tão satisfatório.

O A. tem usado normalmente, fios de número 50 para a ligadura dos vasos sub-cutâneos, número 30 para sutura de músculos e aponevroses e número 20, quando tem necessidade de utilizar fios mais fortes. Eventualmente, em casos especiais, o A. usa fios mais grossos (linha de crochet). Todos estes fios são bastante eficiente e bastante resistentes, bastando apenas que o cirurgião aprenda a usá-los, pois, naturalmente, o seu manuseio apresenta diferenças em relação ao uso do "cat-gut". Tanto a esterilização pela fervura como pela autoclavagem, não reduzem a resistência à tração.

A casuística do A. ultrapassa 1.000 operações, realizadas sobre os mais diversos territórios do organismo. Em todos estes casos, houve apenas 8 suturações que o A. atribue ao uso de material por demais grosso quando não tinha muita experiência com estes fios.

Comentários: — Dr. Nicolau Morais Barros Filho. — Foi com satisfação que ouvi a comunicação do prof. Bastos. Pois, já há alguns anos, venho também usando os fios inabsorvíveis como



material de sutura e de hemóstase, de preferência à seda ao algodão.

Desde a minha entrada para o serviço do prof. Montenegro, na Sta. Casa, tenho procurado estudar o problema da cicatrização das feridas cirúrgicas; de início a tarefa pareceu-me muito difícil, em vista do grande número de fatores que entravam em jogo, como sejam o fator individual, a diferença de técnicas, as salas cirúrgicas, o número de pessoas presentes no ato operatório, etc.... Para poder chegar a conclusões isentas de críticas, foi necessário organizar, preliminarmente, uma ficha, que era preenchida imediatamente depois de terminado o ato operatório e da qual constavam todos os fatores citados, além disso, ao ter alta o doente assinalava-se qual o tipo de cicatrização verificado, se perfeita ou defeituosa e, neste caso, qual o defeito verificado: serosidade, hematoma, abcesso nos pontos, supuração sub-cutânea, supuração sub-aponevrótica e deicência, parcial e total.

Com esta documentação, reunimos 350 casos, tendo o cuidado de excluir da estatística todos aqueles nos quais preexistia uma infecção bem como todos os casos drenados.

Os resultados a que chegamos foram bastante máus, pois obtivemos 82 % de cicatrizes perfeitas para 18% de cicatrizações defeituosas. A ordem numérica das operações desempenha papel de importância, pois que nas operações realizadas em primeiro lugar, a percentagem de cicatrizes defeituosas foi de 16%, nas realizadas em 2.º lugar foi de 21% e, nas realizadas em 3.º lugar, foi de 23%. Outro fator que tem influência desfavorável é a presença de pessoas na sala de operações, pois, segundo os nossos dados, quanto maior esse número maior a incidência dos defeitos de cicatrização. A sala cirúrgica também desempenha papel de importância: nas salas melhores e menos movimentadas, situadas nos últimos andares do hospital, houve 70% de defeitos de cicatrização ao passo que nas salas piores, situadas no an-

dar térreo, esta percentagem foi de 21%. Estes fatos demonstram a importância desempenhada pelo ar atmosférico na cicatrização.

No que se refere ao material de sutura a nossa experiência abrange somente o "cat-gut". No total dos casos, a seda deu cerca de 15% de cicatrizes defeituosas e o "cat-gut" 19%; considerando-se somente as operações assépticas, essas percentagens foram respectivamente de 15% e 28% e, finalmente, levando em conta somente as herniorrafias a seda deu 17,5% e o "cat-gut" 24% de defeitos de cicatrização.

Investigando sobre a esterilização do "cat-gut" por meio de cultura em meios adequados, levadas a efeito no Departamento de Microbiologia da Faculdade de Medicina, constatamos, a-pesar-de ser pequeno o número de tubos que examinámos, que vários deles se mostravam contaminados sendo que, em um caso, o germen isolado foi o "Estreptococcus fecalis!!!" Esta constatação, como é fácil compreender, veio aumentar ainda mais o meu entusiasmo pelo emprego dos fios inabsorvíveis.

No que se refere à indicação para o emprego dos fios inabsorvíveis devo dizer que, de início, só os empregava em operações assépticas mas que desde há alguns meses, estendi a sua indicação às operações contaminadas, isto é àquelas em que a luz intestinal ou gástrica é aberta; entretanto, nos casos francamente supurados, talvez por um temor infundado, ainda me conservo fiel ao uso do "cat-gut", porquanto presumo que com fios inabsorvíveis possam resultar fistulas e os nós eliminar-se. Entretanto, como acabo de dizer, isto é, apenas uma presunção e os resultados do prof. Bastos parecem desmentir...

Dr. S. Hermeto Júnior. — O trabalho do prof. Bastos é uma demonstração objetiva e real das vantagens do emprego do fio inabsorvível, que é o fio de algodão, sobre o "cat-gut", que sempre temos usado. O presente trabalho vem além disso em apóio ao que

já nos foi referido na última sessão, pelo dr. Etzel.

Aqueles que estudam os diferentes tipos de fios de sutura, chegam indiscutivelmente a uma conclusão, que parece ser a que dá maior força ao uso do fio de algodão no lugar dos fios, absorvíveis. Refiro-me a ausência de fenômenos alérgicos quando se usa o fio de algodão, o que hoje já está definitivamente demonstrado. Na França e nos Estados Unidos, há trabalhos exaustivos, mostrando a existência e frequência com que são observados fenômenos alérgicos com o fio de "cat-gut", explicando assim não só a existência de fenômenos locais, como também acidentes de sutura, que são fenômenos de exsudação, do tipo necrótico, dando consequências as mais graves, quais sejam os acidentes de ordem local que condicionam a supuração.

O dr. Moraes Filho relatou, com muito brilho e abundância de comentários, a sua experiência a respeito desta importante questão, que é aliás, a experiência da maioria dos cirurgiões que usam o cat-gut, como fio de sutura. A sua experiência é bastante eloquente, para fazer com que os cirurgiões, daqui por diante, usem o menos possível o cat-gut, como fio de sutura. Hoje em dia creio mesmo que é mais o comodismo do cirurgião que o faz continuar usando o cat-gut, pois, já está definitivamente provada a grande eficiência do fio de algodão, que além de tudo tem a vantagem econômica, não desprezível. Terminou, felicitando o A. pela sua comunicação.

Prof. Eurico da Silva Bastos. — Com interessantes comentários, o dr. Moraes Barros Filho se referiu de uma maneira geral ao problema da cicatrização das suturas. Devo dizer que nós também procuramos em nossos primeiros casos, estabelecer uma verificação de cicatrização das feridas operatórias. Fizemos também uma ficha, mas muito mais simples do que aquelas que nos foi apresentada pelo dr. Moraes Barros, na qual inqueríamos o seguinte: operação assética ou não, evolução da fe-

46)

rida operatória, indagando se houve formação de hematoma, investigação da presença ou não da serosidade, presença de abcesso se este foi drenado ou não, se a cicatrização foi húmida ou seca, etc.; indagava-se também o número e a variedade do fio de algodão empregado, se era o caso. Pois bem, com esta, conseguimos evidenciar a absoluta supremacia do fio de algodão sobre todos os outros materiais de sutura. Além disso devo informar que usamos o fio de algodão em casos infectados com bons resultados.

**Aneurisma cirsóide traumático da perna. Extirpação sub-total. — Dr. S. Hermelo Júnior.** — O A. inicia o seu trabalho, referindo o conceito atual de aneurisma cirsóide, que representam afecções localizadas entre os aneurismas arteriovenosos e os angiomias.

Passando a relatar o seu caso, o A. refere à observação de um interessante tipo de aneurisma cirsóide traumático da perna de um doente, que fôra atingido por um projétil de fuzil, 16 anos antes do início dos sintomas. Estes sintomas, eram dores e aumentos de volume progressivo da perna direita ao nível do seu terço médio. Existia, ao exame, um forte frémito e um sopro contínuo ao nível daquela região. A artéria tibial posterior direita, na goteira retro-maleolar, apresentava diminuição do seu batimento. A oscilometria segmentar evidenciou notável diminuição do índice oscilométrico abaixo do tumor (menor do que 1), enquanto notável aumento foi notado acima do tumor (9). A arteriografia pelo torotrast (di-xido de tório Hayden) evidenciou um típico aneurisma cirsóide, formado principalmente à custa da artéria tibial posterior e de uma grande artéria articular. O método de arteriografia utilizado foi o método direto, de exposição da artéria. Procedeu-se à extirpação subtotal do tumor cirsóide. As microfotografias do material extirpado, mostram artérias com lesões de suas técnicas e veias com notável hiperplasia muscular e fibrosa,



além de muitas outras obliteradas por coágulos. O resultado operatório foi bom.

**Aneurisma da artéria mesentérica superior. Ligadura da aorta abdominal.** — Dr. S. Hermeto Júnior. — O A. refere que os aneurismas da artéria mesentérica superior, são raros: nos últimos 4 anos, a literatura só refere o caso de autópsia descrito por Binford, cujo diagnóstico fôra feito em vida. O A. salienta a possibilidade de confusão com os aneurismas da aorta, que se originam ao nível da artéria mesentérica superior ou renais. O doente estudado pelo A. era um indivíduo de 43 anos de idade, cuja história clínica se iniciava 3 meses antes de sua hospitalização: dores persistentes na região epigástrica, inclusive a noite. Reação de Wasserman positiva. Radiografia singela, nada revelou. Existia um tumor na região epigástrica e hipocondrios, cujos limites, foi impossível serem fixados. A aortografia, revelou a existência de um tumor aneurismal, na altura de L1, do tamanho de um ovo galinha, em continuidade com a aorta. Foi então feito o diagnóstico de aneurisma da aorta, abaixo das artérias renais (a sombra aortográfica do tumor se desenhava abaixo das artérias renais). Laparotomia mediana, observando-se então um grande tumor, do tamanho da cabeça de um feto, sendo impossível a sua dissecação, tendo então o A. resolvido ligar a aorta, imediatamente abaixo do tumor, o que foi feito, utilizando como material de sutura, a fascia lata. A ligadura foi feita a 4,5 cms. da porção terminal. O doente não apresentou no posoperatório, nenhuma perturbação trófica para o membro inferior. A sobrevida foi de 7 dias. Faleceu em consequência de hemorragias gastrointestinais vasoparalíticas, não tendo sido constatado à autópsia, ruptura do aneurisma ou enfarte intestinal.

Dr. Uzeda Moreira. — A respeito do primeiro caso apresentado pelo dr. Hermeto Júnior, foi-nos apresentada uma radiografia, na

qual o contraste usado, foi o torotrast, que é um ótimo meio de contraste. Entretanto, como há outros meios de contraste também bastante eficientes, lembraria que seria interessante, o abandono do uso do torotrast, uma vez que ele é bastante tóxico e pode dar sérios acidentes para o lado do sistema retículo-endotelial. No segundo caso de aneurisma da artéria mesentérica superior, achei interessante a perfeita tolerância do doente ao contraste injetado na aorta, iodo de sodio a 100%; lembraria um aspecto interessante para ser feito o diagnóstico diferencial de aneurisma da aorta com aneurisma da mesentérica superior, que é a falta de desgaste dos corpos vertebrais, quando se havia neste caso, falado portanto este dado, contra a possibilidade de se tratar de um aneurisma da aorta.

Dr. Mário Degni. — Quero felicitar o dr. Hermeto Júnior pelas suas duas comunicações interessantíssimas, não só pela raridade dos casos apresentados, como também pela clareza com que eles foram expostos. A respeito do aneurisma cirsóide, nós, que estamos acostumados a ouvir o dr. Hermeto Júnior, relatar os seus casos com tôdas as minúcias, estranhámos que ele não tivesse insistido, como devia, na completa localização topográfica do tumor. Assim, a arteriografia que nos foi apresentada, quando vista de longe ou de perto, pode dar impressões diferentes, de modo que permite discussões interessantes a respeito deste caso no que se refere à sua localização topográfica. Em todo o caso, trata-se sempre de um diagnóstico difícil de ser feito.

Quanto ao segundo caso apresentado, sobre o aneurisma da mesentérica superior, verifiquei o cuidado e as dificuldades que experimenta o cirurgião no ato cirúrgico de semelhante afecção. Entretanto, na história clínica, não foi relatado se foi feita uma radiografia do tubo digestivo, que viria pôr em relevo uma deformidade do arco duodenal no ter insistido na procura de outros sintomas obstrutivos, que revelassem

uma localização mais precisa "in vivo" do tumor. Nos casos de aneurisma mesentéricos, em geral, se nota a presença destes sintomas obstrutivos.

Dr. Francisco Cerruti. — Aproveitando o ensejo para cumprimentar o dr. Hermeto Júnior, pelo seu interessante trabalho sobre dois casos relativamente raros e bem documentados, desejo fazer um pequeno reparo, referente ao caso de aneurisma da artéria mesentérica superior. Na sua observação clínica relata o A. que abaixo da ligadura os batimentos arteriais não desaparecem, evidenciando assim, uma ligadura parcial da aorta. Teria sido muito interessante que na necrópsia o A. tivesse medido a diminuição do calibre da aorta pois na ligadura dos grandes vasos a constrição pode ser muito variável. Este dado teria sido importante porque se pode levantar a dúvida de que a ligadura da aorta tenha sido pouco constritora, quicá mesmo, funcionalmente inexistente, tanto mais que o doente sobreviveu diversos dias sem apresentar perturbações circulatórias dos membros inferiores, nem enfarte intestinal.

Dr. Eurico da Silva Bastos. — Todos os que fazem cirurgia geral e que têm lidado com a cirurgia dos vasos, compreendem as dificuldades por ela apresentada. Isso é particularmente verdade no que toda a cirurgia dos aneurismas.

Na questão do aneurisma da artéria mesentérica superior, acompanhei com grande interesse a sua exposição, e achei que ela merece bastante realce, dada a importância do caso. Mas, pergunto: seria de se aconselhar uma ligadura da aorta nesta altura? Li a respeito um livro já antigo de Albert no qual se faz um estudo completo do assunto, sendo citado operação feita pelo visconde de Itana. O A. perguntava se também seria justo que se realizasse uma operação de tal monta para obter os resultados conhecidos. Assim sendo, acho que nos casos em que não há iminência de ruptura, só o sintoma dor nós justifi-

50)

ca esta operação. Que dor pode ser resolvida por outros meios relativamente mais suaves, como por exemplo, uma cordotomia. Portanto em tal eventualidade, o cirurgião deveria recuar e procurar outra maneira de tratar.

Dr. S. Hermelo Júnior. — Ao dr. Uzeda Moreira, devo dizer, que quando trabalhei no serviço do prof. Lima, tive ocasião de publicar alguns trabalhos a respeito de substâncias radiopacas. Já conhecia então os trabalhos alemães a respeito do óxido de tório, a sua ação sobre o S. R. E.: é mesmo sempre indispensável, quando se fala no torotrast, tomar a atenção para este ponto. Creio, entretanto, que na Alemanha, França e Inglaterra, através dos trabalhos que de lá nos chegam, se tenha exagerado um pouco os efeitos acumulados dos sais de tório no organismo humano. É verdade que estes estudos têm as suas bases experimentais, mas indubitavelmente há algum exagero a respeito. É verdade que com o iodeto de sódio se obtem resultado muito bom mas para usá-lo é necessário que tenhamos o aparelho de Reinaldo Santos, sem o qual não se pode injetar o iodeto com a velocidade necessária para dar contraste. Temos alguma experiência com o uso do iodeto, e o consideramos um ótimo meio de contraste para os aneurismas; no entanto, nas arterites, ele pode dar acidentes gravíssimos.

Ao dr. Degni, em relação à topografia dos aneurismas circósides, devemos dizer que esta foi sempre uma preocupação nossa. Temos com toda a sinceridade de confessar que de fato há muita dificuldade na sua exata compreensão, mesmo diante de um arteriograma. No nosso caso, entretanto, a oscilometria demonstrou que a artéria tibial posterior pulsava francamente e deste modo, pelo bom senso anatómico, somos obrigados a considerar o grosso tronco que aparece na radiografia, como sendo, sem dúvida, a tibial posterior, no nosso caso, portanto, a topografia está bastante clara.

Tratando de nosso segundo caso, o dr. Degni se referiu ao exame funcional do duodeno. Esta prova nós a consideramos perfeitamente justificável e só não a fizemos, por nos ter faltado a lembrança.

O dr. Cerrutti, citou um ponto que é aquele sempre inquerido pelos que se iniciam nestes estudos. Na verdade, a ligadura da aorta nem sempre é total, mas sim parcial, e isto sempre tem que ser, pois se quisermos fazer uma ligadura total da aorta, nós a rompemos. Assim, pela própria natureza do vaso, a ligadura é incômoda.

O dr. Bastos referiu um ponto bastante interessante, e bastante ponderado é o critério que deveria ditar sempre as nossas resoluções. Na verdade se estudarmos com mais minúcia o problema da ligadura da aorta abdominal, temos que chegar a seguinte conclusão: o que justifica tal intervenção, não é o problema da dor, mas sim o fato de se prevenir a ruptura imediata e consequente morte do paciente. Se na verdade é uma cirurgia onde os resultados são pouco satisfatórios, não há entretanto argumento para considerá-la como uma cirurgia encerrada. Há na literatura casos de sobrevivência de 3 anos.

## SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA, EM 18 DE MARÇO

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

**Estado atual do tratamento sulfanilâmido da blastomicose.** — Dr. Domingos de Oliveira Ribeiro — O A. refere que, inicialmente, tratou de alguns casos de blastomicose pela sulfapiridina, que apresentou em "nota prévia" em princípios de 1940, após 6 meses de observação, com suspensão de toda e qualquer terapêutica sulfanilâmida. Como o radical "piridina" já houvesse sido aplicado no tratamento da blastomicose, o A. procurou verificar se a sulfanilamida pura tinha alguma ação curativa. Com as sulfanilamidas e seus derivados tiazólicos e com os azólicos, observou efeitos quasi tão felizes quanto os obtidos com a sulfapiridina, que ainda reputa o mais ativo, (embora não seja o mais tolerado pelo organismo) entre as medicações do grupo sulfoconjugado, aplicadas ao tratamento da blastomicose.

As recidivas, sobre as quais vem insistindo desde a sua primeira observação publicada, ocorrem em geral naqueles casos em que o tratamento foi suspenso antes da cura ou por abandono do tratamento antes de este se ter firmado.

Na constatação da cura, o A. serve-se da observação clínica do

doente, seguindo-o por 3 a 4 meses, por não haver outro meio. O A. estima que em geral é suficiente este espaço de tempo, mas a prudência aconselha estendê-lo por 6 ou mais meses, quando isto é possível.

Quanto aos acidentes banais, os mais frequentemente observados, foram os de intolerância gástrica (náuseas, vômitos, gastralgias, mormente com a sulfapiridina) cefaléias, exantemas frustos, urticária, conjuntivite (mais com o sulfatiazol), febre e mal estar geral.

O A. termina, confessando-se muito animado com os resultados obtidos até agora com a sulfanilamidoterapia, cujos resultados finais pretende trazer à Secção de Dermatologia em breve tempo.

Quasi todos os seus casos têm sido documentados com exames microscópicos, culturais e exames anatomopatológicos.

**Comentários:** — Dr. Guilherme Villela Curban. — O critério de cura e recidiva que tem sido levado em consideração no tratamento da blastomicose, deve ser melhor analisado, apesar da cura clínica aparente e de resultados bastante animadores terem sido observados. Isto porque, desde que

não dispomos ainda de processos rigorosamente exatos (biológicos ou outros) capazes de demonstrar até que ponto os medicamentos sulfanilâmidos, usados em doentes de blastomicose, conseguiram ou não a "aseptização" do organismo e uma vez que na avaliação da ação terapêutica dos mesmos só podemos nos valer do exame clínico e da pesquisa de germes nas lesões, meios esses por si só indiscutivelmente insuficientes para informar da situação de focos ocultos ou silenciosos e que dessa forma permanecem inacessíveis ao recurso de exploração usados, acredito, que dificilmente se poderá considerar tais casos como de curas definitivas. Acresce que a blastomicose, pela sua própria natureza, é uma doença que tende sempre a generalizar-se de maneira que não sendo possível presentemente determinar em cada caso o grau real de disseminação e de invasão do organismo pelo germe, não podemos nos satisfazer apenas com o desaparecimento das lesões cutâneas e mucosas, e com isso declarar o doente curado, abstraindo a possibilidade de permanência de lesões em órgãos pouco acessíveis, ou de focos latentes. Por tais fatos, o ideal no tratamento sulfanilâmido da blastomicose seria o prolongamento do mesmo, por muito tempo sem levar em grande conta, unicamente as probabilidades do êxito terapêutico e a consolidação dos resultados favoráveis obtidos. Tal conduta terapêutica reduziria também, sem dúvida o número de casos de recidiva, que parecem se tratar de casos na verdade insuficientemente tratados e com melhoras apenas aparentes.

**A blastomicose brasileira, com especial referência ao "Paracoccidioides brasiliensis".** — Prof. Floriano de Almeida e dr. Carlos da Silva Lacaz. — Os AA. tecem amplas considerações sobre o *Paracoccidioides brasiliensis*, agente da "blastomicose brasileira". Estudam os seus caracteres micromorfológicos em vários meios de cultura, descrevem o ciclo evolutivo

do parasito e os exames de laboratório que devem ser praticados para o diagnóstico da granulomatose paracoccidioidica. Relatam a seguir, os dados epidemiológicos colhidos na Secção de Microbiologia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

A seguir os AA. citam experiências realizadas *in vitro* sobre a ação das sulfas no crescimento do *P. brasiliensis*, mostrando que todas elas possuem um poder fungostático, mas não fungicida. Enaltecem o uso das sulfas no tratamento da blastomicose e aconselham igualmente o emprêgo da vacinoterapia específica, baseando-se em observações de numerosos doentes que passaram pela Secção de Microbiologia da Faculdade de São Paulo.

**Comentários:** — Dr. Guilherme Villela Curban. — Na questão da ação impediante sobre o crescimento do *Paracoccidioides* exercida pelos vários agentes sulfanilâmidos em meios de cultura aos quais eles são acrescentados, acredito que se tem necessidade de fazer os devidos controles afim de verificar si esta ação impediante é inerente às sulfas como pretende o dr. Lacaz ou si ela decorre da alteração das características dos meios suscetíveis de serem produzidas por quaisquer outras substâncias que não fossem sulfanilâmidas.

Em relação à consolidação do tratamento, já comentamos a necessidade dela, e a propósito dela ser feita com a vacina como foi lembrado pelo dr. Lacaz, acreditamos que este possa ser um recurso complementar, devendo entretanto a sulfanilamida ter emprêgo preferencial.

Dr. Domingos de Oliveira Ribeiro. — Só tendo a louvar o belo trabalho que nos foi apresentado pelo dr. Lacaz, que confirma aliás em certos pontos muita coisa que referi. A respeito das vacinas em tese, estou de acordo com o que ele diz tanto assim, que fui um dos introdutores, entre nós, da vacinoterapia no cancro mole e também nas furunculoses, a-pesar-dos

efeitos bem evidentes que se obtêm com o uso das sulfamidas. Dou grande valor à vacinoterapia no combate às infecções, mas não devemos nos esquecer que em outros departamentos da medicina, a ação das vacinas é absolutamente ineficaz. Nos casos de blastomicose, em que há resistência e fibrosamento das lesões pulmonares talvez que uma vacinoterapia seja mesmo mais eficiente do que a sulfanilamidoterapia, ou talvez que ambas tenham uma ação conjunta de colaboração na cura. Entretanto, desejo esclarecer que não fizemos ainda nenhum estudo neste sector. Quanto ao valor da ação das sulfamidas "in vitro", agindo sobre as culturas de blastomicetos, não me parece conclusivo, pois que os resultados em que se baseia esta observação, foram concluídos em um número muito pequeno de casos. Um dos fatos mais constatados, é que o homem de laboratório não se contenta com o resultado clínico simplesmente mas exige sempre um resultado bacteriológico negativo. Mas, no caso da blastomicose, o único critério de cura que se tem, é o critério clínico, de cura das lesões, e isto é dado pelo tempo em que decorre o tratamento. De um modo geral, considera-se que, se após 6 meses de suspensão da terapêutica não houver recidiva, o doente está definitivamente curado.

Dr. Carlos da Silva Lucaz. — Acho que o critério de cura, deve ser si possível, de ordem sorológica, que, sem dúvida é o ideal. A reação de fixação do complemento, quando perfeitamente padronizada, poderia prestar auxílio no controle dos doentes, quanto à cura. Em meu entender, só assim é que se pode considerar o caso como definitivamente curado.

Prof. Mário Arton. — Um contraste entre os estudos teóricos e a aplicação prática das sulfanilamidas, está na sua ação externa, isto é, a sua ação sobre a pele, quando usado em pomadas. A demonstração que "in vitro" as sulfanilamidas exercem só ação bacteriostática e fungostática e não bastericida e fungicida deveria fa-

zer preferir no uso externo sobre a cutis outros agentes terapêuticos intensamente bactericidas, como os sais de mercúrio ou agentes providos de atividade imunizante como os filtrados bacterianos.

Dr. Domingos de Oliveira Ribeiro. — Tenho aplicado localmente pós de sulfamida sem obter nenhum resultado. No que diz respeito ao critério serológico para se julgar a cura, eu acho que uma vez que não está provado ainda que a serologia é negativa nos casos de cura nem que ela é constantemente positiva nos casos de moléstia em atividade, então não se pode lançar mão deste critério para julgamento dos resultados que se obtêm com o uso das sulfamidas.

Dr. B. Mário Mourão. — O critério serológico talvez não seja o critério ideal, pois que em muitas infecções a vírus como na febre amarela, por exemplo, os anti-corpos podem existir indefinidamente e uma vez não provado ainda isto, não se pode lançar mão deste critério como meio julgador do fim da moléstia. É portanto uma questão aberta, que ainda precisa ser estudada.

Dr. Evandro Pimenta de Campos. — A preocupação do dr. Ribeiro, foi de usar doses altas no início e depois doses decrescentes seguintes. Este fato tem um motivo de ser, pois em alguns casos do dr. Ribeiro que tivemos ocasião de observar, na 4.<sup>a</sup> M. H. verificamos que o doente tendo tomado 5 gr. de sulfamida, no dia seguinte, a dosagem sanguínea era zero. Por essa razão achamos que não deve haver intervalos grandes entre uma dose e outra e ainda mais, que estas doses devem ser administradas ininterruptamente, durante o dia e à noite, embora o tratamento seja feito durante meses seguidos.

Em relação ao trabalho do dr. Lacaz, ele se referiu ao fato de um glânglio com blastomicose, ser conservado em formol durante 5 (cinco) anos e ainda dar cultura positiva no fim desse tempo. A



respeito desta questão seria interessante, que se verificasse qual a concentração do formol usado, pois é sabido que conforme a sua origem a sua concentração é diferente e também que em um meio diluído de formol, os blastomicetos podem viver.

Quanto a questão do critério de cura, da blastomicose deve-se além do desaparecimento das lesões (cura clínica), ser também levado em consideração o fator tempo que é importante, pois, que tenho um caso de lupus eritematoso, que sofreu recidiva depois de 3 anos, quando tudo fazia supor que era um caso de cura definitiva.

Dr. José Aranha Campos. — Sou testemunha das experiências levadas a efeito pelo dr. Oliveira Ribeiro pelo dr. Lacaz. Quanto à questão das sulfamidas, tive ocasião de observar, que à medida que se aumenta a dose, as lesões vão mais depressa regredindo. No que se refere à questão da vacina, de fato, nos casos graves, a vacina deve ser dada de início, ao passo que nos casos benígnos, ela deve ser usada como tratamento de consolidação. E' sempre conveniente entretanto, que se alie a sua ação à da sulfamida.

Dr. Mendes de Castro. — Devo felicitar o dr. Oliveira Ribeiro e o dr. Lacaz, pelos interessantes trabalhos apresentados, pois, o uso das sulfamidas já não é tão sombrio o propósito de blastomicose. No que diz respeito às recidivas, tive ocasião de observar alguns casos, nos quais o tratamento feito pelas sulfamidas, mesmo nos muito graves, tem dado bons resultados iniciais, porém, notei algum tempo após, recidivos. Observei um caso, em que o doente apresentava lesões graves, com localização bucal e nas amígdalas e ainda manifestações ganglionares, tendo ficado completamente curado com o tratamento pela sulfapiridina. Mas 3 meses após o doente nos apareceu outra vez, ainda com as lesões ganglionares cicatrizadas, mas com as lesões bucais recidivas. Com novo tratamento intensivo, o doente teve alta clinicamente curado. Outro ca-

so, em que continuamos o tratamento por um tempo bastante prolongado para evitar a recidiva, houve intoxicação do doente pela sulfapiridina e posteriormente recidiva. Temos, ainda, outros casos de recidivas, de modo que é difícil o critério de cura clínica, e assim sendo, devemos esperar mais tempo para se poder julgar da estabilidade das curas obtidas com as sulfamidas. Quanto às doses, o dr. Ribeiro emprega em média 6 comprimidos diários; nós empregamos de início um comprimido diariamente e depois vamos subindo a dose, até chegar a 12 diários. Pensamos também que seria interessante a associação da vacinação às sulfamidas, para se evitar as recidivas possivelmente.

Dr. Uzeda Moreira. — O dr. Ribeiro falou no uso do sulfato de cobre. Há tempo aqui em São Paulo, o falecido dr. Romeu Silveira o usava sistematicamente nas estreptococcias com resultados brilhantes como tive ocasião de observar (0,5 a 0,10 grs. em 10 cc. de solução glicosada a 10% em aplicação endovenosa diária).

Dr. Domingos de Oliveira Ribeiro. — Ao dr. Uzeda Moreira, devo adiantar que o sulfato de cobre, que uso é o sulfato puro a 0,5%; por ocasião de minha formatura na Escola, lembro-me que o sulfato de cobre estava em moda para combater a difteria, sem entretanto dar resultados favoráveis.

Quanto à questão da vacinoterapia, torno a afirmar que eu não a considero um tratamento desprezível, pelo contrário, entretanto, devemos reconhecer que o tratamento sulfamidico enche o século.

Ao dr. Aranha, devo dizer que os casos benignos, são facilmente curados, de modo que neles não temos necessidade de usar a vacinoterapia, bastando a sulfamidoterapia. Naturalmente que isto eu o digo baseado no critério clínico que no momento é o mais exato. Com referência à questão das recidivas, o critério é muito variável e antes de considerá-la como tal, cumpre averiguar a dose de medicamento administrada, se foi suficiente e além disso se não



há um foco restante da moléstia que passou despercebido. Todos os elementos de suspeita devem ser removidos, até que haja uma cicatriz de aparência sã.

Dr. Carlos da Silva Lacaz. — E' preciso que se frise bem o seguinte: se compararmos a ação terapêutica das sulfamidas, com a da vacina, sem dúvida que seremos obrigados a concluir que a primeira dá resultados muito superiores a esta, principalmente nos casos iniciais. No entanto, quando me refiro ao uso da vacina, quero me referir a ação da vacinoterapia, como um tratamento de consolidação, no que ela é de grande importância, pois que com o uso dos sulfamidicos, temos notado em muitos casos os germes continuam vivos dentro dos gânglios.

Dr. João Paulo Vieira. — A mesa se congratula por ter inscrito no programa desta noite, o tema sob o título "Terapêutica da blastomicose", sem dúvida um dos mais palpitantes da dermatologia, tanto que foi escolhido como tema principal do 7.º Congresso Médico

reunido em 1912. Em 1930, o dr. Domingos de Oliveira Ribeiro, iniciou uma nova era no estudo da blastomicose, em trabalho notável, preconizando o uso das sulfamidas no tratamento desta afecção com sucesso integral. Há pouco tempo, os doentes de blastomicose, eram verdadeiros párias sociais. Assim sendo, o dr. Oliveira Ribeiro passa a ser um dos grandes benfeitores da humanidade com a introdução desta nova arma terapêutica tão eficaz em outros ramos da medicina, e de comprovada ação no terreno árido da blastomicose.

Quanto à questão da verificação da cura bacteriológica, estou de acôrdo com o dr. Ribeiro que considera que por enquanto é ainda um critério um tanto exagerado; podemos nos conformar perfeitamente com a cura clínica, da mesma maneira como acontece com a sífilis, onde não temos dados para controlar a cura, a não ser o critério clínico, acompanhado com a negatificação do Wassermann.

## Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 17 DE AGOSTO

Presidente: Dr. João N. von Sonnleithner

**Diagnóstico da sífilis numa gota de sangue total citratado ou do respectivo plasma.** — Dr. Luiz Migliano. — (O trabalho foi publicado na *Integra*, ver *Bol. San. São Lucas*, V, 51, outubro 1943).

**Doenças venéreas em tempo de guerra.** — Dr. Geraldo Campos Freire. — Cuidou o A. da profilaxia e tratamento nos meios militares, onde as medidas indicadas podem ser impostas com mais eficiência. Falou sobre a incidência das doenças venéreas em nossos meios civis e entre os soldados. A divulgação dos meios de tratamento, principalmente as sulfamidas, fazem com que os doentes não procurem os médicos, jul-

gando-se curados, quando permanecem com focos de infecção, disseminando sua doença. Vários aspectos da luta antivenérea foram focalizados. A orientação moderna do tratamento foi explanada, como contribuição valiosa da profilaxia. O A. tem experiência dum derivado das sulfonas, preparado pelo prof. Mingoja, com os melhores resultados. Discorreu sobre as provas de cura. Passou depois a cuidar da sífilis e da linfogranulomatose, apontando as medidas indicadas para a sua profilaxia.

**Discussão:** — O dr. Nelson Cayres de Britto referiu-se à profilaxia conjugal, de difícil realização por motivos que apontou, merecendo considerações do conferencista.

## SESSÃO DE 28 DE SETEMBRO

Presidente: Dr. João N. von Sonneckthner

**Um teste de circulação arterial.**

— Prof. Mário Otobrine Costa. — O orador discorreu sobre a circulação dos membros, lembrando as moléstias que afectam as artérias dos membros inferiores, com os seus característicos. Passou depois a cuidar dos testes sobre a capacidade circulatória dos membros: auscultação, palpação, índice oscilométrico, caudalometria, arterio-manometria, a prova de Moschowitz, ângulo de suficiência circulatória, raiz vaso motora, mancha branca, a prova raquia-nestética, colorimetria, os vasos motores, botões dérmicos de Aldrich, arteriografia, capilaroscopia, sangramento no ato operatório etc.

Descreveu, a seguir, a sua prova pessoal da injeção intra-arterial de corante (colorimetria). Lembra que aos estrangulamentos intestinais a prova colorimétrica pode ser usada para se avaliar a integridade da circulação na alça comprometida. A introdução do Rubiazol pelo dr. Eurico Branco Ribeiro visa não só a prova como a ação da sulfamida nas moléstias dos membros.

Discussão: — O dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre a sua experiência, sobre o método Otobrine e passou um filme demonstrando o uso da prova pelo Rubiazol em três casos observados no Sanatório São Lucas.

O dr. Otobrine salientou o valor da documentação cinematográfica.

**Incontinência anal por operação de imperfuração congênita.** — Dr. Sylvio D'Ávila. — O autor apresentou um filme sobre um caso de incontinência atual por operação de imperfuração congênita. Feita anteriormente uma plástica para recompor o anus, o filme apresenta a operação para corrigir a incontinência existente.

Discussão: — o dr. Mário Otobrine Costa felicitou o autor pelo brilhantismo da intervenção feita e pela clareza do filme que exibiu.

O dr. Eurico Branco Ribeiro felicitou o autor pelos resultados obtidos.

O dr. José Finocchiaro expôs a técnica usada em um caso de incontinência anal, corrigida pela substituição do esfíncter por feixes do glúteo.

O dr. Rubens de Sousa fez referência sobre o caso citado pelo dr. Finocchiaro.

O dr. Sylvio D'Ávila fez comparações entre as várias técnicas, criticando o uso dos feixes do glúteo como material de substituição do esfíncter.

O dr. Mário Otobrine falou sobre a inervação dos retalhos musculares.

**Liga de Combate à Sífilis**

CONFERÊNCIA EM 30 DE SETEMBRO

**Grandes e pequenos sinais da intoxicação pelos arsenicais** — Prof. Paulo Vieira. — Iniciando a sua conferência o prof. Paulo Vieira, fez considerações gerais sobre o histórico da sífilis e seu tratamento, desde o século XVIII até os nossos dias. Falou sobre a obra de Ehrlich que no começo desse sé-

culo sintetizou o 606 e 914, que foram os primeiros arseno-benzóis de uso prático na luta contra a sífilis. Citou de passagem os diferentes tipos de arsenicais usados aqui no Brasil, de 1909 para cá. O orador, a seguir, salientou o papel das doses eficazes no tratamento antisifilítico. Já, Ehrlich ti-

nha demonstrado que as doses insuficientes de arsenicais, criam formas de *Treponema arsenico-resistentes*. As doses devem ser suficientes, e não demasiadamente pequenas. Muitas recidivas na clínica se devem a uma insuficiência na dosagem.

Falando sobre as reações tóxicas observadas durante o tratamento arsenical, chamou a atenção para a opinião de Millian que afirma que 90% das reações observadas não são devidas aos arsenicais. A febre que aparece no primeiro dia do tratamento arsenical não é devida diretamente a este medicamento. Com doses mais fortes em dias ulteriores, nada mais acontece.

Na intoxicação pelos arsenicais o individuo tem vômitos, diarreias, emagrecimento, febrícula continuada. Estes e somente estes são os principais sinais de intoxicação pelos arsenicais.

Para se fazer uma terapêutica pelos arsenio-benzóis vários métodos podem ser seguidos. Há o método Sicard que preconiza doses pequenas. Há o de Millian

aconselhando doses maiores, começando com 30 ctgrs. e indo até 1,20 grs. O conferencista é de opinião que se deve fazer o tratamento com doses até 0,90 ctgrs., e as injeções devem ser intervaladas de 5 dias.

O tratamento mercurial deve ser relegado para um segundo plano. Tende cada vez mais a ser abandonado. O bismuto nunca chegou a substituir ou igualar os arsenicais. Estes são imprescindíveis para o tratamento e profilaxia da sífilis. Sómente os arsenicais promovem o tratamento abortivo da sífilis.

O conferencista falou em seguida sobre alguns pequenos sinais da intoxicação sífilítica, e sobre as crises nitritoides que são mais graves. Entre esses pequenos sinais citou certa reações eczematoides, pruridos, edema na face.

Terminando sua palestra, frisou que não se deve ter o receio de usar arsenio-benzóis, e que estes devem ser usados em doses apropriadas, pois esse é o único meio eficaz para se obter a cura da infecção sífilítica.

## Sociedade de Medicina Aplicada á Educação Física

SESSAO DE 7 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. Reynaldo Kuntz Busch

### A orientação médica da educação física dos escolares cardíacos.

— Dr. R. Kuntz Busch. — Entre os aspectos focalizados pelo autor da tese, destacam-se principalmente os seguintes: o reumatismo articular agudo e a coréia como as mais frequentes causas de cardiopatias em crianças e adolescentes, segundo as estatísticas argentina, norte-americana e as observações nos nossos meios escolares; frequência dos tipos mais comuns de cardiopatias; importância do controle eletro-cardiográfico sobre os casos de crianças e adolescentes com passado reumático, coréico ou

de outra moléstia infecciosa grave, portadoras de sopro cardíaco ou de taquicardia; o conceito de cardiopata em potência abrangendo as crianças que têm passado reumático ou coréico (New York Association Cardians Clinic), ou os que, mesmo sem esse passado mórbido, apresentam sopros de intensidade variável, não propagados para a axila, nem modificáveis com a mudança de posição e com os movimentos respiratórios (Maccera e Ruchelli); a frequência de 2% de crianças cardiopatas, verificada em meios americanos daria para o Brasil 100.000 menores

cardiopatas, vivendo em maioria sem diagnóstico e orientação médica, sob o risco de prematura incapacidade para o trabalho ou de morte precoce, privando a nação de muitos talentos para as ciências, as letras, as artes, as invenções, etc. Finalizando, o professor Busch chamou a atenção para os sinais clínicos do reumatismo cardíaco em sua fase aguda e na lesão endocárdica, miocárdica ou pericárdica, e opinou que os escolares cardíacos, após a fase aguda,

podem e devem fazer ginástica moderada, com exclusão de exercícios em aparelhos, que determinem compressão torácica, bem como de jogos sufocantes ou esportes violentos, tais sejam o futebol, o box, a luta romana, o jiu-jitsu, etc. Os únicos casos que contra-indicam qualquer ginástica são os de cardíacos descompensados, os de adiantadas estenoses mitraes e aórticas e os de cardiopatas congênicas graves.

## Outras Sociedades

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 15 de outubro. Tema: Tuberculose ósteo-articular. — Relatores: Prof. Orlando Pinto de Souza, dr. Renato da Costa Bomfim e dr. Oswaldo Pinheiro Campos.

**Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa**, sessão de 8 de outubro, ordem do dia: Tratamento do miocárdio. — Dr. Joaquim Ferreira da Rocha.

Sessão de 29 de outubro, ordem do dia: Fistula colestográfica. — Dr. Mendonça Cortez; Conceito atual da lepra tuberculóide. — Dr. Nelson de Souza Campos.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 2 de novembro, ordem do dia: Orientação prática sobre a indicação dos métodos de choque no tratamento das doenças mentais. — Prof. F. de Oliveira Bastos; Resultados comparativos dos diversos tratamentos modernos na psiquiatria — Dr. Mário Yahn.

**Sociedade de Gastro-Enterologia e Moléstias da Nutrição**, sessão de 28 de outubro, ordem do dia: Pesquisas sobre alimentação dos soldados, realizadas no Departamento de Fisiologia sob os auspícios dos Fundos Universitários para a defesa Nacional — Prof. F. Moura Campos; Valor biológico de pro-

teínas em associações alimentares — Acads. Nora Antunes e Dantas Oliveira.

**Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, reunião em 14 de outubro, no Departamento de Anatomia Patológica: Actinomicose visceral — Drs. Roberto Câmara e G. de Souza Elejalde.

Sessão de 31 de outubro: Tuberculose primária no adulto — Dr. Oscar Monteiro de Barros e dr. Constantino Mignone.

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 26 de outubro, ordem do dia: Evolução da sífilis — Dr. Gabriel G. Amato.

**Centro de Estudos "Franco da Rocha"**, sessão de 26 de outubro, ordem do dia: O papel da consanguinidade na gênese das desordens mentais — Dr. Darcy Mendonça Uchôa.

**Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar**, sessão de 23 de outubro, ordem do dia: Reorganização do Serviço de Saúde Escolar de S. Paulo — Drs. Israel A. dos Santos, e Figueira de Mello; Considerações sobre uma classe de repentes — Drs. A. Silva Mendes de Castro e Diva de Camargo; Combate à subnutrição do escolar — Dr. Habib Carlos Kyrillos.

**Instituto Clemente Ferreira**, sessão de 6 de novembro, ordem do dia: A tuberculose na puberdade — Dr. Joaquim Gomes dos Reis.

**Instituto Biológico**, sessão de 15 de outubro, ordem do dia: O mecanismo da cura da caverna tuberculosa pela colapsoteria — Prof. Alípio Corrêa Netto.

Sessão de 29 de outubro: A organização da Entomologia na Inglaterra — Prof. C. B. Williams; Observações sobre o preparo da Penicilina — Dr. Dorival Cardoso.

**Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, reunião em 13 de outubro do Departamento de Anatomia Patológica; Farmacologia e Química Fisiológica. Hipertensão arterial no homem. Classificação, etiologia, consequências. Hipertensão arterial experimental. Meios de produção e respectivos mecanismos. Rim como elemento central da hipertensão: fator humoral. Renina: mecanismo de ação. Bases fisiopatológicas da terapêutica da hipertensão arterial.

## LITERATURA MÉDICA

### Livros recebidos

**Tratamiento dietético de los gastrectomizados** — Norberto M. Stapler, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1943.

Eis aqui um livro de grande atualidade e de muita utilidade. Dado o extraordinário incremento que vem tendo a cirurgia gástrica nos meios sul-americanos, numerosos são os médicos que se vêm às voltas com os problemas do regime alimentar dos doentes operados de estômago. Os estudos do A. em um ambiente onde se pratica largamente a cirurgia plástica e em que porfiam várias correntes com tendências técnicas diferentes são um valioso auxiliar para todos os que desejam orientar-se nesse terreno da dietética. Depois de descrever as alterações das funções do estômago depois da gastrectomia, faz o A. o estudo dos alimentos e estende-se sobre a prescrição dos regimes. Termina apresentando uma longa série de receitas culinárias com as respectivas indicações. Como se vê trata-se de um livro de real interesse prático. Contem 107 páginas, com algumas ilustrações.

**Linguagem Médica** — Paulo de Melo, edição do A., São Paulo, 1943.

"Devemos receber com vivo interesse os trabalhos como este, destinados a salvaguardar o patrimônio da boa terminologia médica" — diz Aloisio de Castro no prefácio do livro. O A. estuda a maneira mais acertada de dizer e escrever numerosas expressões médicas, denotando largos conhecimentos filológicos. Um índice alfabético da matéria tratada torna fácil o manuseio do livro, como fonte de consulta. O volume tem 144 páginas, em elegante apresentação.

**Seis anos de campanha em favor da infância** — Milton Lopes, Empreza Gráfica Paranaense, Curitiba, 1943.

O presente livro, de autoria de conceituado pediatra de Ponta Grossa, historia uma das mais bem organizadas campanhas de caráter privado que se desenvolveram no Brasil com o escôpo de proteger a infância, amparando o seu crescimento sômatico e orientando a formação do seu caráter. A finalidade do livro é apresentar um confortante exemplo à imitação dos que se interessam pelos problemas da criança. Com efeito, a leitura das suas 124 páginas apresenta-nos uma série de úteis su-



gestões, já com a força de uma experiência feita. Assim, a divulgação deste livro é digna do maior amparo, não só nos meios médicos, mas principalmente fora deles.

**Índice Brasileiro de Robustez** — Florêncio de Abreu, edição de amigos do A., Rio, 1943.

Após estudos originais e longas verificações, o A. introduziu o fator "força muscular", na apreciação do índice de robustez, com o que se torna mais precisa a sua avaliação. O valor do seu trabalho foi devidamente julgado pela Sociedade de Biologia do Rio de Janeiro, que lhe concedeu láurea com medalha de ouro. Tratando-se de trabalho original de aplicação prática imediata, bem merece

a divulgação que com a sua publicação lhe estão dando os amigos do A.

**Asilo-colônia Pirapitingui** — Relatório da Secção Hospitalar, São Paulo, 1943.

O presente relatório abrange o período de 1942, mostrando que o Asilo Colônia Pirapitingui desenvolveu grande atividade médica, na assistência aos seus 2.300 leprosos. O serviço médico de cada uma das clínicas especializadas é minuciosamente referido, demonstrando a sua grande eficiência pelos resultados obtidos. É mais uma documentação do elevado critério que preside ao nosso serviço de assistência dos hansenianos.

## IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo** — XIX, -327, 1943 — Constituição do "Plexus Lumbosacralis" no "Bradifus Tridactylus" — P. Bielik; O sesamoide do "Caput Fibulare" do "M. Gastrocnemius" (Fabella) nos negros brasileiros — E. Mauro; Duas variações venosas — M. Cardozo de Siqueira e Arlindo Zaragoza; Mecanismo de origem da forma específica nuclear dos megacariócitos — José Oría; Contribuição para o estudo do quadro hemático da "Cavia Cobaya" — Antônio Carlos Mauri e outros; Aspectos vitamínicos da goiaba — F. Moura Campos; Ação das águas de São Pedro sobre os caracteres da curva glicêmica no cão — Cyro Camargo Nogueira; Alterações cronotrópicas e cromotrópicas no coração do "bufo marinus" — José Barros Magaldi; Estudo sobre Esporotricose no Brasil e particularmente em São Paulo — Floriano de Almeida e C. da Silva Lacaz; Nova contribuição para o estudo dos ascos das leveduras — Floriano de Almeida e C. da Silva Lacaz

caz; Considerações sobre a Saproglinose — Floriano de Almeida e outros; Ação cardiodinâmica da Hortência — José Barros Magaldi e Charles E. Corbett; Alguns aspectos da toxicologia da sulfanilamida — Charles E. Corbett, Luiz Carlos U. Junqueira e A. Carlos Mauri; Presença de ovos de esquistosomo na Manson em fibromioma uterino — L. da Cunha Motta e Godofredo Elejalde; Algumas experiências sobre baço, sistema retículo-endotelial e câncer — Paulo Q. T. Tibiriçá; Leite regional por linfogranuloma venéreo — Paulo Q. T. Tibiriçá; Micoses do sistema nervoso — W. E. Maffei.

**Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental**, VII, 104-298, junho-agosto 1943 — Estudo clínico parasitológico e epidemiológico da malária no Município de São Paulo — Silvio J. Grieco.

**Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo**, VII, 1-70, março-junho 1943 — Prof. Artur Neiva — J. Ricardo Alves Guimaraes



rães; Considerações em torno de calcinose cutânea — Mário Artom e Humberto Cerruti; Aspectos internísticos da dermatologia — F. E. Rabello Jr.; Dermatose mais frequente em Minas, principalmente em Belo Horizonte — Olinto Orsini; A doença fotodinâmica em mamíferos — M. Rocha e Silva; Padronização dos métodos de tratamento profilático de sífilis — Humberto Cerruti.

**Arquivos da Polícia Civil de São Paulo**, V, 1-679, 1.º sem. 1943. — Um velho problema — José de Moraes Mello; Quatro dias entre quatrocentos vagabundos — Alfredo Issa Assaly; Faulds e a dactiloscopia — R. Gumbleton Dunt; Sugestões para uma reforma da lei de acidentes do trabalho — Flaminio Favero; O exercito da medicina em São Paulo — José Libero; Duas curiosas ocorrências médico-legais — J. B. de Oliveira e Costa Júnior; Três estudos originais de Biotipologia — Floriano P. M. Stoffel; Removendo um inconveniente momentâneo nos levantamentos dactiloscópicos — Nelson Forster; O caso do viaduto do chá — E. de Aguiar Whitaker.

**Gazeta Clínica**, XLI, 231-254, agosto 1943 — O tracoma nos escolares de Bragança — Aureliano Carlos da Fonseca.

**Resenha Clínico-Científica**, XLI, 359-398, outubro 1943 — Dificuldades da obtenção de uma dieta ótima — A. J. Carlson; Pão de guerra — Josué de Castro; Enriquecimento natural do pão pelo leite desnatado em pó — Hélio Pova e Dante Costa; Estudo do pão de farinhas de trigo a 85% de extração — Castro Barreto.

**Revista Brasileira de Leprologia**, XI, 177-260, setembro 1943 — A situação atual do problema da Lepra no Dist. Federal — Joaquim Motta; Contribuição ao estudo das perfurações da abobada palatina em hansenianos — José Mariano; Algas oculares na lepra e seu tratamento pela alcoolização ciliar —

P. Bittencourt Prado; Exploração funcional do fígado nos doentes lepromatosos — Luiz Marino Bchelli e Renato Sapuppo.

**Revista Clínica de São Paulo**, XIV, 1-38, julho 1943. — Classificação etiológica anatômica e fisiológica das cardiopatias e das doenças dos grandes vasos — J. Proença Pinto de Moura.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, III, 1-76, janeiro-fevereiro, 1943 — Contribuição ao estudo da retenção testicular na infância — J. Ricardo Alves Guimarães; A via oteomielica, seu emprego nas transfusões, nas insulações parenterais de fluidos e na prática da anestesia barbitúrica — Ruy Ferreira Santos.

**Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo**, IX, 83-139, maio-junho 1943 — Caso de costelas cervicais sem perturbações nervosas — L. Robalinho Cavalcanti; Amigdalite crônica e terapêutica de choque — V. Camargo Pacheco; A saúde psíquica da criança — Joaquim Pennino; O Hidantol no tratamento da epilepsia — Vasco Ferraz Costa.

**Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo**, VI, 201-243, junho-agosto 1943 — Limite e biopsia mio-endometrial — Fraenkel; Nuevo porte al estudio de las situaciones transversal y obliqua, com esencial referencia a su diagnóstico radiológico — José A. Beruti, Juan Leon e Edmundo Tenconi; Em torno de quatro casos de endometriose — Clovis Salgado.

**São Paulo Médico**, XVI, 297-360, maio-junho 1943 — Desordens do comportamento post-encefalítico Fernando O. Bastos e Joy Arruda; Terapêutica das granulocitoses. A fração granulocitopoiética da medula óssea no tratamento das neutropenias — Dario Pedroso e Luiz Ayres.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Associação Paulista de Medicina

**Entrega dos prêmios aos autores dos trabalhos científicos classificados em 1942** — A Associação Paulista de Medicina realizou no dia 12 de outubro, às 2 horas, em sua sede social, à avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 393, uma reunião extraordinária para entrega dos prêmios aos autores dos trabalhos científicos classificados em primeiro lugar no ano de 1942.

Perante numeroso público e com a presença, ainda, de autoridades e representantes de outras entidades médicas, o presidente da Associação Paulista de Medicina, dr. Oscar Monteiro de Barros, abriu a sessão solene, proferindo, a seguir, rápida alocução. Asseverou, depois, que entre os trabalhos há obras magistrais, que demonstram o alto nível a que atingiram a medicina e a cirurgia entre nós. Externou, por fim, a satisfação da diretoria da Associação Paulista de Medicina por se poder congratular com os vencedores, pela auspiciosa e merecida conquista.

Em prosseguimento, foi feita, pelo secretário, a leitura dos pareceres sobre os trabalhos premiados, recebendo os vencedores calorosas palmas e felicitações dos presentes, sendo, por fim, saudados

em expressiva oração, pelo dr. Hilario Veiga de Carvalho, lente da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

Em nome dos premiados agradeceu o dr. Arruda Sampaio.

Foram os seguintes os prêmios conferidos: Premio "Margarido Filho", "Aspectos do bocio endêmico na infância e na adolescência", dr. Armando de Arruda Sampaio; Premio "Clemente Ferreira", "Calcificação intra-torácica na tuberculose pulmonar", dr. Otávio Nebias; Premio "Enjolras Vampré", "Contribuição para o estudo clínico dos distúrbios tróficos na lepra nervosa e na seringomielia", dr. Osvaldo de Freitas Julião; Premio "Arnaldo Vieira de Carvalho", "Leucoplasia vulvar — Contribuição ao seu estudo", dr. Otávio Alves de Lima Filho; Premio "José Almeida Camargo", "Missexualidade e arte", dr. Sílvio Marone; Premio "Honório Libero", "Polipos cervicais. Afecções polipoides do colo do útero. Ensaio de classificação e tratamento", dr. Licínio H. Dutra; Premio "A. C. Camargo", "Tratamento da extrofia completa da bexiga pela operação de Coffey (Técnica n. 1) e cistectomia", drs. Darci Vilela Itiberê, Sila O. Matos e Osvaldo Melone.

## Beneficência Portuguesa

**Comemoração do 84.º aniversário de fundação da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência** — A Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência comemorou no dia 18 de outubro, solenemente, a passagem do seu 84.º aniversário de fundação, mandando officiar, às 10 horas, missa cantada, que foi celebrada pelo capelão do Hospital,

66)

conego Benedito Pereira dos Santos, officio esse que foi assistido pela diretoria, vários convidados e fiéis.

As 15 horas, no salão nobre da sede daquela instituição, realizou-se a sessão solene comemorativa, que contou a presença de seleta assistência.

A mesa que presidiu a sessão estava composta dos srs. comen-

dador Antonio da Silva Parada; Julio Augusto Borges dos Santos, consul de Portugal em S. Paulo, que a presidiu; dr. Gofredo da Silva Teles, presidente do Conselho Administrativo do Estado; José Loureiro dos Santos Batista, representando a Santa Casa de Misericórdia; Manuel de Moraes Pontes, comendador Manuel de Barros Loureiro, Alfredo Braga, comendador Aristides Cabrera da Cunha, representando a Beneficência Portuguesa de Santos; Antonio Duarte Figueiredo, representando a Camara Portuguesa de Comércio de S. Paulo; Joaquim Monteiro, representando a Casa de Portugal; Jair Ribeiro da Silva, dr. Vieira Marcondes, José Soares de Almeida, representando a Sociedade Portuguesa Beneficente "Vasco da Gama", e as exmas. sras. Gofredo da Silva Teles e Ademar Nobre.

Abrindo a sessão, o com. Silva Parada, em ligeiras palavras, esclareceu que a mesma, além de comemorar a data, aniversária da Instituição, destinava-se à entrega de insignias e títulos de socios às diversas pessoas que, pelos serviços prestados à Beneficência, haviam sido contemplados em reunião do Conselho Deliberativo. A seguir, deu a palavra ao sr. Altino Arantes, presidente da Academia Paulista de Letras, que fôra convidado pela diretoria para pronunciar a oração comemorativa.

Saudado por calorosa salva de palmas da assistência, o sr. Altino Arantes iniciou sua brilhante palestra, salientando, de início, os relevantes serviços que aquela instituição vem prestando à coletividade nos seus longos 84 anos de existência, cujo presente enalteceu, em paralelo com o que já fizera no passado. O orador teceu, depois, oportunos comentários sobre o sentimento de bondade que caracteriza o coração dos portugueses, fazendo um retrospecto sintético das conquistas e realizações lusitanas no mundo, bem como estendendo-se em considerações em torno dos sentimentos afetivos que sempre uniram Portugal ao Brasil.

Passou então a historiar a fundação da Beneficência Portuguesa, relatando os marcos mais evidentes dos seus primeiros tempos, até culminar na epopéia do que ela representa na atualidade, até o instante glorioso em que comemorava o seu 84.º aniversário.

Citando a pessoa do dr. Gofredo da Silva Teles, a quem ia ser prestada homenagem juntamente com outros dedicados servidores da Instituição, o orador ressaltou as qualidades de caráter, espírito, coração e inteligência do presidente do Conselho Administrativo do Estado, que declarou ser uma das culminâncias dos valores atuais de S. Paulo e do Brasil. Na segunda parte de seu substancioso trabalho, o orador recordou com palavras expressivas de saúde e admiração, os tempos que viveu em Portugal.

Concluindo, o sr. Altino Arantes elogiou a atuação da diretoria que hoje preside aos destinos daquela benemérita instituição e, mais uma vez, ressaltou a união indissolúvel existente entre Brasil e Portugal que, — afirmou — deverá ser perpetuada num monumento a Cabral, que as duas nações erguerão um dia em Lisboa, com o seguinte distico: "Aqui nasceu o Brasil".

Cessadas as palmas que abafaram as últimas palavras do orador, o comendador Silva Parada passou a distribuir as distinções conferidas pelo conselho deliberativo, declarando que, pelos relevantes serviços prestados à Beneficência, haviam feito jús à insignia de socios "Cruz de Honra", o dr. Gofredo da Silva Teles, a quem pedia fosse entregue pelo presidente da mesa o emblema respectivo, uma cruz de ouro suspensa a um colar de fita azul e branco.

O consul de Portugal, recebendo a insignia, passou-a ao homenageado, que recebeu a investidura sob as palmas da assistência. Identica cerimônia foi repetida com a entrega das insignias aos srs. Adriano de Sousa Galvão, Henrique Cerveira e José Ferreira da Rocha. Em seguida o comendador Parada passa a entregar os diplomas de socios aos seguintes médicos:

Alvaro Faria Machado, Artur de Sousa Martins, Eurico Branco Ribeiro, Francisco Finochiaro, Jarbas Barbosa de Barros, João Manuel Rossi, Joaquim Ferreira da Rocha, Nelson Rodrigues Neto, Paulo de Azevedo Marques, Abrão Brickmann, Augusto Langnard Barbosa de Oliveira, Aldemar Athayde Bastos dos Santos, Carlos Augusto Camargo de Andrade, Eurico da Silva Bastos, Edmur Aguiar Whitaker, Celio Eduardo da Costa Galvão, Eduardo Cotrim, Ney Penteado de Castro, Nelson de Sousa Campos, Osvaldo Alves Godoi, Jaime Rodrigues, José Augusto Arruda Botelho, Rogerio Marcos Silva, Alberto de Almeida Braga, Alfredo Pacheco Junior, Juvenal da Silva Marques, Raul de Almeida Braga, Fausto de Campos Seabra. E os dois dedicados funcionários, srs. José de Sousa Melo, chefe de máquinas, e d. Joana Damasceno Silva, auxiliar de radiografia.

Concluída a distribuição de diplomas, a palavra foi dada ao dr. Ademar Nobre, diretor clínico do Hospital da Beneficência, que, em

nome dos colegas agraciados, agradeceu a homenagem.

A seguir, falando de improviso, usou da palavra o dr. Gofredo da Silva Teles, que proferiu uma oração, na qual ressaltou a importância da Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência, afirmando o muito que o honrava aquela distinção recebida, e em paga da qual se comprometeu a prosseguir na prática de tudo fazer pelo bem da instituição. Fez ainda considerações em torno da amizade secular existente entre portugueses e brasileiros, agradeceu as referências que o primeiro orador lhe havia feito, e concluiu exaltando com calor a união sempre existente entre as duas grandes pátrias irmãs: Portugal e Brasil.

Finalmente, encerrando a sessão, falou ainda o presidente da mesa, sr. Julio Augusto Borges dos Santos, que agradeceu a presença de de todos, bem como a colaboração inestimável do orador oficial, sr. Altino Arantes, e a honrosa presença do presidente do Conselho Administrativo do Estado de São Paulo.

## Saude Pública em São Paulo

**Atividades oficiais.** — O sr. Interventor Fernando Costa, enviou ao Presidente dr. Getulio Vargas, um relatório do qual constam as seguintes informações:

“O Departamento de Saúde realizou desenvolvimento normal das suas múltiplas atividades.

E' de interesse frisar as atividades da Secção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais, devido ao incremento dado ao serviço de imunização em nossa Capital, contra as várias moléstias infecciosas.

Assim, de julho de 1941 até fins de 42, foram feitas as seguintes imunizações:

Anti-tífica .....	281.502
Anti-difterica .....	239.074
Contra a febre maculosa	562

Devido a esta alta cifra de vacinações, principalmente contra a

difteria e a febre tifoide, nota-se nas estatísticas demografo-sanitarias tendência sensivelmente acentuada de diminuição do coeficiente de mortalidade por estas duas moléstias.

Quanto aos serviços de saúde pública do interior, releva notar que em 1940 existiam apenas 75 unidades sanitarias em funcionamento no interior do Estado. De acôrdo porém com o decreto n. 12.784, de 24-6-42, o número de tais unidades foi aumentado para 83, assim distribuídos:

17 Centros de Saúde de 1.ª classe;
32 Centros de Saúde de 2.ª classe;
34 Postos de Assistência Médico-Sanitária.

Tais unidades realizaram, além de suas atividades assistenciais

normais, ativo serviço de imunização contra as principais moléstias infecciosas, num total de ... 1.959.799 indivíduos.

O Serviço de Malária desenvolveu grandes esforços na luta contra esta moléstia parasitária. Uma nova orientação técnica, em vias de realização, dará ao serviço um melhor desenvolvimento de suas atividades.

Foram feitas nesse setor muitas obras de saneamento e outros serviços destinados à luta antilarvaria. Aos doentes de malária foram dispensados tratamento, por intermédio dos vários Postos do Serviço disseminados por todo o interior do Estado.

O Serviço de Policiamento da Alimentação Pública exerceu normalmente suas atividades na Capital e no interior. Foram assim, registados 11.765 estabelecimentos e revalidados 22.554 registros. Foram realizadas 325.713 inspeções e apreendidos 255.205 quilos de generos alimentícios, impróprios para o consumo. A par desses, outros serviços de análise foram realizados por intermédio do Instituto "Adolfo Lutz", na capital e por vários Postos Bromatológicos do Interior, salientando-se a análise de vinte e um milhões de litros de vinho.

O Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional realizou cerca de 40 mil inspeções e visitas e vem exercendo ativamente severa fiscalização sobre o uso de entorpecentes, em todo o Estado.

Impressionado com o problema do tracoma iniciou o Governo energico ataque a esse mal.

De dois únicos postos, que então tínhamos, passamos a ter 30 postos, todos com médicos e enfermeiras, localizados nas zonas mais afetadas.

Reorganizado o serviço, aumentou de muito a sua eficiência como se verifica dos dados seguintes, relativos a 4 meses de trabalho:

Doentes atendidos ....	74.723
Curativos feitos .....	89.395
Injeções .....	342
Operações .....	193

Foram distribuídos, nesse período, cerca de 100.000 comprimidos de sulfanilamida, droga de escolha para o tratamento do mal.

As outras diversas dependências do Departamento de Saúde, tais como o Instituto "Adolfo Lutz", Instituto Pasteur, Hospital "Emílio Ribas", Secção de Puericultura, de Tuberculose, de Propaganda e Educação Sanitária, de Engenharia Sanitária, da Higiene da Criança, da Higiene do Trabalho, e o Serviço de Centro de Saúde da Capital, no fiel desempenho de suas variadíssimas funções.

Notável é, também, o esforço de guerra da Secretaria de Educação. Em diversas dependências, não só filiadas à Universidade, como estranhas a ela, vêm-se realizando notáveis esforços, quer no campo da pesquisa científica, quer no terreno da produção, em favor da vitória das armas aliadas. A natureza, a quantidade e a oportunidade de tais trabalhos não aconselham maior publicidade em torno deles, "bastante é que se saiba que São Paulo, por todas as suas energias, está empenhado na vitória do Brasil".

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### Os efeitos da explosão na guerra

Os efeitos patológicos sobre o organismo humano da explosão no ar só tem sido completamente estudados durante a presente guerra, se bem que a condição fôsse

reconhecida durante a Guerra Civil Espanhola. Os efeitos comparáveis de explosão em água tem sido investigados tanto experimentalmente como clinicamente pela



Armada Real Inglesa, segundo um trabalho de E. R. P. Williams, que estamos reunindo do *British Journal of Surgery*.

As violentas alterações físicas provocadas por uma explosão no ar são devidas a três fatores: 1) o espalhamento molecular dos gases devido diretamente à explosão; 2) uma primeira onda de aumento da pressão que é provocada pela ação contra a inércia inerente ao ar; 3) uma onda de sucção seguinte de pressão negativa.

A velocidade inicial de onda explosiva é da ordem dos 1.500 metros por segundo, mas rapidamente diminui.

O tempo necessário para o aumento da pressão desde a atmosférica ao pico explosivo está entre dois-milésim a um des-milésimo dum segundo. A pressão inicial provocada pela explosão pode estar na ordem de muitas toneladas por polegada quadrada (1 polegada quadrada = 6,45 cm<sup>2</sup>), mas esta pressão diminui inversamente com o quadrado da distância.

Ainda que a pressão letal para o organismo humano não possa ser seguramente constatada, tem sido encontrado em investigações sobre explosões devidas a fogo de artilharia que as pressões de 0,175 kg. por cm<sup>2</sup> tornam os homens ineficientes, e que pressões três vezes mais altas podem causar bem graves sintomas.

Como há três componentes na onda de explosão no ar é de interesse determinar qual é o fator traumático.

Zuckermann (1941) tem demonstrado em experiências feitas com animais que a onda de pressão positiva (componente 2) é a causa de dano nos pulmões, e que atua comprimindo diretamente as paredes do tórax. No entanto, a onda de pressão atuando sobre o abdômen e transmitida através do diafragma produz lesões nos pulmões.

Parece possível que a onda de sucção negativa (componente 3) possa também causar lesões, visto que Daly em Edinburgo (conforme um relato pessoal ao autor)

tem sido submetido cabras a diminuições súbitas da pressão do ar e produziu lesões nos pulmões delas.

O restante componente da explosão (componente 1), o movimento da massa ou espalhamento molecular, é capaz de produzir danos de qualquer grau de severidade, e é responsável pelos efeitos estilhaçantes produzidos na imediata vizinhança duma explosão. Deve ser notado que na água onde o movimento da massa é de pequeno grau, mesmo na íntima proximidade de uma explosão, estes efeitos estilhaçantes não se observam.

O efeito de uma explosão na água não é bem o mesmo que no ar, uma vez que a onda de hiperpressão que se estabelece, não é seguida por uma onda de movimento da massa, não há uma apreciável onda de sucção.

A onda de pressão na água caminha com a mesma velocidade que a velocidade inicial no ar (1.500 metros por segundo), sendo esta a mesma que a velocidade do som na água, mas a velocidade é constante e não diminui com o afastamento do centro de explosão que recua.

A taxa da queda de pressão é muito mais lenta do que no ar e varia "diretamente" com a distância.

Quando a onda de pressão causada por uma explosão debaixo de água procura a superfície, não dá transmissão da pulsação ao ar existente acima, mas é refletida para trás desde a superfície da água, como uma onda de "tensão". Esta onda de tensão cruzará ondas que alcançam a superfície em pontos mais distantes e teremos nalguma extensão um efeito neutralizante.

Quando uma explosão ocorre num ponto abaixo da superfície da água, as ondas de pressão são estabelecidas e algumas caminham para a superfície onde ocorre a reflexão. A onda refletida tem um efeito neutralizante sobre as ondas que procuram a superfície em pontos mais distantes. Por razões explicadas num diagrama, isto causa



uma redução na duração da onda de pressão, mas não afeta a sua amplitude.

Quando a onda de pressão na água choca num objeto sólido será de novo refletida, mas neste caso a reflexão será "positiva" e uma pressão dobrada se estabelece. Se o objeto fôr de densidade baixa comparada com a da água e portanto presumivelmente flutuante, a onda estática de pressão não será exaltada por reflexão na superfície daquele objeto, mas transformar-se-á numa onda de energia cinética e o objeto será projetado no ar existente acima. Este efeito vê-se na superfície da água acima da explosão onde a camada superficial se desintegra numa cúpula de espuma por causa da modificação no tipo de energia, a água sendo incapaz de sustentar uma pressão negativa de mais do que 20 kilogramas por centímetro quadrado aproximadamente.

Quando a onda de pressão choca com o corpo humano, que tem grosseiramente a mesma densidade que a água não há reflexão mas o pulso é transmitido através dos tecidos sem deslocamento, justamente como se o corpo fôsse água. Quando o pulso transmitido encontra uma cavidade cheia de gás no organismo por exemplo, os pulmões, o mesmo fenômeno sucederá como o descrito acima; que é: a onda estática de pressão transformar-se-á numa onda de energia cinética nas camadas de tecido limitantes da cavidade e um efeito de rotura ocorrerá. Daquí os pulmões e outras cavidades cheias de gás serem particularmente susceptíveis a danos pela onda de pressão, ainda que mesmo o organismo não possa ser profundamente imerso.

Investigação experimental do problema da explosão em água tem sido realizado no Royal Hospital, Haslar. Várias espécies de animais foram usados e sujeitos a diferentes pressões explosivas no mar.

Foi surpreendente encontrar que alguns animais sobreviviam a pressões de explosão acima de

80 kilogramas por centímetro quadrado.

As lesões produzidas eram quasi exatamente comparáveis às encontradas por Zuckermann nas suas experiências sôbre explosões no ar. Havia hemorragias nos pulmões e brônquios, "impressões de costelas", regiões de enfisema, hemorragias e roturas no canal alimentar, e é significativo que em nenhum caso havia cavidades cheias de liquido lesadas (vesícula biliar, bexiga e pelve renal).

Algumas experiências ulteriores foram feitas para investigar o efeito de proteção e parecia que num animal cujo abdômen fôsse protegido sofria menos dano nos pulmões do que aquêles cujo peito fôsse protegido.

Casos devidos a explosão não complicados são extremamente raros. Em quasi todos os casos havia algum sinal de violência.

a) "Pulmões de Explosão". — Os pacientes com esta situação estão invariavelmente muito chocados e no início mostram pequeno sinal de dano dos pulmões. Estão usualmente pálidos e algum tanto cianosados, e mais tarde uma tosse algumas vezes com expectoração corada de sangue aparece.

O exame fisico num período mais tarde mostra fervores espalhados por todo o campo pulmonar, e mais tarde ainda pode haver sinais de condensação pulmonar.

A radiografia mostra pequenas opacidades por tôda a parte dos pulmões.

b) "Abdômen de Explosão". — Os pacientes que tem sido queixar-se-ão frequentemente de dor abdominal e mostram possivelmente rigidez abdominal. Melenas e hematurias são por vezes vistas, mas deve ser observado que a maioria dos casos apresentando sintomas abdominais curam sem intervenção cirúrgica.

Estes casos devem ser mantidos sob observação, com vigilância devida a uma subida do numero de pulsações ou aumento dos sinais físicos do abdômen.

Os ouvidos são muito frequentemente lesados pela explosão, e os olhos também podem ser afetados, sendo observadas hemorragias quer na câmara anterior como na câmara posterior com quemosis associada.

A concussão devida à explosão é francamente comum, mas não difere de qualquer modo da concussão devida a outra qualquer forma de violência.

O sintoma essencial para o qual o tratamento é necessário é o shock.

Os casos de "pulmão de explosão" requerem contínua administração de oxigênio e sedativos para aliviar a penosa tosse. O autor não considera que as transfusões endovenosas devam ser empregadas, nenhuma veneseção deve ser realizada até que o estado de shock tenha passado.

O tratamento do "abdômen de explosão" está em princípios cirúrgicos gerais, mas o autor acentua que a maioria dos casos apresentando sintomas melhoram sem tratamento operatório.

## A prata metálica esponjosa

**Sua ação sobre os microorganismos Gram-negativos.** — Nos últimos anos, os meios científicos têm dispensado grande atenção à ação destruidora ou inibidora da prata sobre os mais diferentes microorganismos, principalmente os Gram-negativos. A descoberta da "prata metálica esponjosa" tornou estes estudos ainda mais interessantes, porque foi provado que, ao lado de uma ação 5-8 vezes maior do que a da prata coloidal, o tratamento por esta forma de prata (por via bucal ou retal ou ainda conjuntamente) é completamente inócuo, podendo, portanto, ser realizado até em crianças desde a mais tenra idade, e porque nunca surgem sintomas de intoxicação (argiросes).

Em experiências de laboratório, sobre os diferentes microorganismos, responsáveis pelo apareci-

mento no organismo humano de distúrbios gastro-intestinais (tifo, paratifo, gastrites, gastro-enterites, diarreias bacilares, intoxicações de natureza geral, alimentares, etc.) verificou-se a pronta ação da prata metálica esponjosa (1), já dentro de algumas horas, enquanto que os microorganismos Gram-positivos oferecem resistência relativamente grande à prata. Daí o emprego terapêutico deste princípio em doentes humanos com as doenças acima, emprego este sempre coroado de êxito, desde que as doses sejam adequadas e o uso da prata esponjosa seja entendido na medida do necessário.

(1) N. B. — A prata metálica esponjosa existe sob o nome de **ULTRADINA** e **CLISULTRAD**, feitos segundo as indicações do saudoso prof. Hottinger.



**LABORATÓRIO  
ULTRASAN**

QUÍMICO-FARMACEUTICO LTDA.

Rua Cristiano Viana, 397  
Caixa P. 2586 - Tel. 8-3526  
SÃO PAULO - BRASIL

# ULTRADINA

Ação catalítica da prata metálica esponjosa. **DISENTERIAS**, colites, amebiase, intoxicações alimentares.

**PARA TODAS AS EDADES, SEM CONTRA-INDICAÇÕES**





# *moderno* **GLICOSÔRO** V I T A M I N A D O

STUDIO ERICO



## **SÔRO TÔNICO NUTRITIVO E ANALÉPTICO**

CADA EMPÔLA DE 5 c. c. CONTÊM:

GLICEROFOSFATO DE SÓDIO	0,20 g.
CACODILATO DE SÓDIO	0,05 g.
SULFATO DE ESTRICHINA	0,001 g.
SÔRO GLICOSADO	5 c. c.

CADA EMPÔLA DE 1 c. c. CONTÊM:

VITAMINA B1	0,005 g.
-------------	----------

QUANDO HOUVER CONTRA-INDICAÇÃO A ESTRICHINA DEVE SER PREFERIDO GLICOSÔRO B "SEM ESTRICHINA"

**LABORATÓRIO GROSS • RIO DE JANEIRO**

# Norofillina

(Teofilina-Etilendiamina)

**HIPOTENSOR:** Dilatador das coronárias, Angina do peito, Esclerose coronária, Miocardite.

**DIURÉTICO:** Edemas cárdio-renais, Eclâmpsia, Insuficiência cardíaca congestiva, Uremia, Oligúria post-operatória.

**EUPNEICO:** Asma cardíaca, Asma brônquica, Respiração de Cheyne Stokes.

## Via Intravenosa:

### **NOROFILLINA S/ GLICOSE:**

Caixa de 5 ampólas de 10 cc.  
24 ctgs de Teofilina-Etilendiamina por ampóla.

### **NOROFILLINA C/ GLICOSE:**

Caixa com 6 ampólas de 10 cc.  
3 ampólas de Teofilina-Etilendiamina 24 ctgs cada.  
3 ampólas de Soro glicosado hipertônico a 30%.

## Via Oral:

### **NOROFILLINA COMPRIMIDOS:**

Tubos com 20 comprimidos de 0,10 ctgs. de Teofilina-Etilendiamina.

A "NOROFILLINA" pôde ser usada só, ou misturada com soro glicosado

---

**LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.**

**RUA OLÍMPIA, 104 — SÃO PAULO**

**Direção Técnica: Prof. Paulo Décourt**

**Direção Geral: Dr. Mateus Vasconcelos**



